

FORMATO DE AFILIACIÓN

CIUDAD	FECHA		
	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PERSONAL			
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
LUGAR DE NACIMIENTO / CIUDAD	FECHA DE NACIMIENTO DÍA: MES: AÑO:		ESTADO CIVIL
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE DOMICILIO / DEPARTAMENTO Y/O MUNICIPIO			NÚMERO DE HIJOS
NIVEL DE ESCOLARIDAD	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	

INFORMACIÓN LABORAL			
EMPRESA (Contratante)	FECHA DE INGRESO DÍA: MES: AÑO:		MODALIDAD CONTRATO
DIRECCIÓN DE TRABAJO Y/O REGIONAL	SEDE	ÁREA	SALARIO BÁSICO \$
TELÉFONO Y EXTENSIÓN	CORREO CORPORATIVO	PROFESIÓN / OCUPACIÓN	

INFORMACIÓN DE INGRESO AL FONDO			
VALOR CUOTA DE AHORRO PERMANENTE	% AHORRO PERMANENTE	VALOR CUOTA DE AHORRO VOLUNTARIO	% AHORRO VOLUNTARIO
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	TIPO DE CUENTA ☐ AHORROS ☐ CORRIENTE	ENTIDAD BANCARIA	

INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES DERIVADOS DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL \$		¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	¿CUALES?
OTROS INGRESOS \$		☐ SI ☐ NO	
EGRESOS MENSUALES \$			
¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	☐ SI ☐ NO	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	NÚMERO DE CUENTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	TOTAL ACTIVOS: \$	☐ SI ☐ NO	BANCO
	TOTAL PASIVOS: \$		MONEDA
			CIUDAD
			PAÍS

CONTACTOS DE EMERGENCIA			
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO

AUTORIZACIÓN, CONDICIONES Y COMPROMISOS	
Al solicitar la afiliación al Fondo de Empleados, expresamente ACEPTO sus estatutos, reglamentos y demás disposiciones internas; igualmente, expresamente AUTORIZO al pagador de la empresa a la cual estoy vinculado, a efectuar las deducciones de las cuotas de aportes, ahorros, créditos y todas las demás deducciones que sean definidas de manera reglamentaria por los organismos sociales del Fondo. Así mismo, DECLARO que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. De conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y en el decreto 1377 de 2013, con la afiliación al Fondo, RECONOZCO que el Fondo adquiere la facultad de administrar mis datos personales, incluyendo la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de información y datos personales; ENTIENDO que la administración de mis datos personales se hará para que se puedan ofrecer y suministrar información sobre los productos y servicios prestados por el Fondo y para que se pueda reportar y actualizar la información de mis obligaciones ante las centrales de riesgo e información comercial y/o financiera registrada la mora o el incumplimiento en las obligaciones crediticias contraídas con la entidad, expresamente renuncio a la notificación previa que se establece como condición necesaria para el reporte negativo ante las entidades de información comercial y/o financiera; de igual forma, ENTIENDO que los datos serán usados para garantizar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la administración de los riesgos de lavado de activos (LA) y financiación del terrorismo (FT). De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política, el Fondo garantizará que en cualquier momento puedan conocer, actualizar y rectificar los datos personales que le he suministrado a la misma entidad.	
_____ FIRMA DEL ASOCIADO	 HUELLA

ESPACIO EXCLUSIVO FONDO DE EMPLEADOS			
OBSERVACIONES			
FECHA DE ENTREVISTA	HORA (24h)	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA	
DÍA	MES	AÑO	
		NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	