

FORMATO DE AFILIACIÓN



FONDO DE EMPLEADOS DE SONDA DE COLOMBIA
Nit. 830.113.942-1

CIUDAD	FECHA		
	DÍA	MES	AÑO


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

INFORMACIÓN LABORAL			
EMPRESA (Contratante)	FECHA DE INGRESO		CARGO
	DÍA:	MES:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO Y/O REGIONAL		SEDE	MODALIDAD CONTRATO
TELÉFONO Y EXTENSIÓN		ÁREA	SALARIO BÁSICO \$
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 <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	ENTIDAD BANCARIA	

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

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS					
Relacione aquí los datos correspondientes a familiares o personas que se nombran como beneficiario de los programas sociales y de solidaridad establecidos por el FONDO					
TIPO D.I	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	BENEFICIO %
					%
					%
					%
					%
					%

AUTORIZACIÓN, CONDICIONES Y COMPROMISOS	
<p>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.</p>	
<p>_____</p> <p>FIRMA DEL ASOCIADO</p>	 <p>HUELLA</p>

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