

SOLICITUD DE INGRESO COMO ASOCIADO

Fecha:

Agencia: Cali Costa Bogotá Medellín

Señores:
Fondo de Empleados FONDEICON
Atte. Junta Directiva

TIPO DE NOVEDAD: INGRESO REINGRESO ACTUALIZACIÓN DE DATOS

De acuerdo con la información que he recibido sobre los servicios que presta el Fondo de Empleados **FONDEICON**, me permito expresarles mi decisión de ser Asociado para poder disfrutar de los beneficios y extenderlos a mi grupo familiar básico y beneficiarios; por lo anterior, solicito ser admitido (a) como asociado (a) a **FONDEICON** y en caso de que mi solicitud sea aprobada, me comprometo a cumplir con los deberes, obligaciones y derechos del Asociado contemplados en los artículos 18 al 20 de los Estatutos vigentes, y demás que se establezcan.

Una vez admitido(a) como Asociado doy mi autorización expresa, permanente e irrevocable para que **FONDEICON** proceda a descontar de mi nómina el valor correspondiente a mis ahorros y aportes que equivalen a: \$_____ Quincenal Mensual , por concepto de Fondo Mutuo \$_____ mensuales y por concepto de Póliza Exequial Olivos la suma de \$_____ Mensuales, de igual forma autorizo para que todos estos valores sean aumentados y/o actualizados en los términos y condiciones que apruebe la Asamblea. Así mismo, autorizo se me deduzca por única vez la suma de \$_____ por concepto de cuota de admisión descontado en 02 quincenas o en su defecto en 01 meses según el tipo de nómina. En igual sentido certifico conocer expresamente las condiciones y requisitos del Plan Olivos ofrecido por el Fondo, de igual forma, reconozco que soy el único responsable de actualizar los beneficiarios del plan exequial en el formato establecido.

Cláusula de desvinculación automática: Reconozco que se me informó y estoy de acuerdo, que de conformidad con lo indicado en el literal b del artículo 12 de los estatutos del Fondo, en el evento que mi vínculo laboral con la empresa que genera el vínculo asociativo, la desvinculación del Fondo como Asociado será inmediata y aplicará de forma automática.

ENTIDAD		SIGLA		OFICINA PRINCIPAL	
Fondo de Empleados de Empresas Independientes Dedicadas a la Producción, Mercadeo y Comercialización de Bienes y Servicios de Uso y Consumo FONDEICON		FONDEICON		YUMBO	
01 DATOS PERSONALES					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Fecha de Expedición	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Identificación				Sexo	
<input type="checkbox"/> Cedula Ciudadania <input type="checkbox"/> Cedula Extranjera <input type="checkbox"/> T. I. <input type="checkbox"/> Pasaporte Numero <input type="text"/>				<input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	
Estado Civil				Tipo de Vivienda	
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo				<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo	
Dirección Residencia		Barrio	Ciudad	Departamento	Estrato
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel- Residencia / Fax		No. Celular	Correo Electrónico Personal		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nivel de Escolaridad				Profesión	
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Tecnologo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestria <input type="checkbox"/> Doctorado				<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro	
02 DATOS LABORALES					

Empresa		Salario		Cargo	
		\$			
Tipo de Contrato		Fecha Ingreso Empresa		Tipo de Nomina	
<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contratista		Fecha ingreso dd/mm/aa		<input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual	
Dirección Empresa		Teléfono / Celular Corp.		Ciudad	
Tipo de Cuenta		Banco		Numero	
<input type="checkbox"/> Aho <input type="checkbox"/> Cte					
Departamento	Municipio		Correo Electrónico Corporativo		
03 REFERENCIA FAMILIAR					
Nombre		Apellido		Parentesco	
Dirección		Barrio	Ciudad	Teléfono	No. Celular
04 REFERENCIA PERSONAL					
Nombre		Apellido		Parentesco	
Dirección		Barrio	Ciudad	Teléfono	No. Celular
05 INFORMACIÓN FINANCIERA					
Ingresos Mensuales			Egresos Mensuales		
Salario <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Integral	\$		Gastos Familiares	\$	
Salario Variable	\$		Arrendamiento	\$	
Arrendamiento	\$		Cuota Crédito Hipotecario	\$	
Otros Ingresos	\$		Otros Egresos	\$	
¿Cuáles?			¿Cuáles?		
TOTAL INGRESOS	\$		TOTAL EGRESOS	\$	
Valor Vivienda Propia	\$		Saldo Crédito	\$	
Valor Vehículo	\$		Saldo Otros Créditos	\$	
Valor Otros Activos	\$		Saldo Tarjetas de Crédito	\$	
TOTAL ACTIVOS (Bienes)	\$		TOTAL PASIVO (Deudas)	\$	

06 PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEP's)

Son personas nacionales o extranjeras, que por razón de su cargo manejan recursos públicos o tienen poder de disposición sobre estos, se les ha confiado una función pública prominente en una organización internacional o del estado, o gozan de reconocimiento público.

Administra Recursos Públicos	Actividad Económica PPAL	Código CIU
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otro Cual? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0010 Empleado <input type="checkbox"/> 0020 Pensionado <input type="checkbox"/> Otro Cual? <input type="text"/>

El Origen De Mis Recursos Proviene De : Salario Negocio Cuales?

Por su Actividad u oficio, goza usted de reconocimiento Público General? Si No

Existe algún vínculo entre y usted y una persona que maneje recursos públicos o que goza de algún grado de poder público? Si No

*** En caso de ser afirmativa la última pregunta por favor diligenciar el siguiente cuadro.**

Parentesco	Tipo de Identificación	Numero	Nacionalidad	Nombre y Apellido	Entidad	Cargo	Fecha Nombramiento	Fecha de Desvinculación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

07 OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Declara que realiza operaciones en moneda extranjera? Si No Cuales

¿Posee cuentas en Módena extranjera?

Si No

No Cuenta Banco
Moneda Ciudad País

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera



FIRMA ASOCIADO
C.C.

Huella Indicé Derecho

08 DEVOLUCION DE APORTES Y AHORROS

Devolución de Aportes y Ahorros: Reconozco que he sido informado y estoy de acuerdo que FONDEICON haya implementado el concepto unificado del 14 de diciembre de 2016, proferido por la Superintendencia de la Economía Solidaria, en el sentido que los aportes solo se devolverán a los beneficiarios indicados en este formato o en los que en un futuro los reemplacen, si estos no superan el monto de \$5.000.000 M/Cte., en el evento en que sean mayores solo se entregaran si media sucesión o testamento. En lo relacionado con los ahorros que tenga al momento de mi fallecimiento en FONDEICON reconozco que estos serán entregados, siempre que su monto no supere lo legalmente fijado para esta clase de eventos, a los beneficiarios indicados en el presente formato o en los que en un futuro yo indique.

09 BENEFICIARIO DE AUXILIOS

Nombre y Apellido	Identificación	Fecha Nacimiento	Parentesco	Teléfono	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

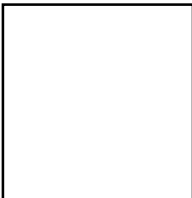
Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al fondo de empleados para que la verifique, estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Autorizo al fondo de empleados FONDEICON para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Reconozco que he sido informado, conozco y acepto la política de manejo de información establecida por **FONDEICON**, en consecuencia de ella y de conformidad con lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 del 2013, todos los datos de carácter personal que usted nos relaciona en el presente formulario de vinculación a **FONDEICON**, y los que en un futuro se diligencien, serán recogidos en una base de datos y serán utilizados conforme al objeto social de la entidad, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos y por un plazo contado desde la fecha de la afiliación a **FONDEICON** hasta que se dé por terminado todo vínculo comercial o de responsabilidad económica y financiera con **FONDEICON**, dicha base de datos se conserva y administra bajo responsabilidad de **FONDEICON** o los terceros que para tal fin se designen. Remisión de Información: Acepto y reconozco que mi información será compartida, parcial o totalmente, con las compañías de servicios funerarios con quien tenga convenio el Fondo y/o cualquier otro proveedor o tercero con quien este tenga cualquier clase de convenio que requiera la transmisión de mi información. La base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos. Con la aceptación, el titular autoriza el tratamiento de sus datos para la finalidad mencionada y reconoce que los datos suministrados en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información, quedando informado que la falsedad u omisión de algún dato supondrá la imposibilidad de prestar correctamente el servicio.

El aspirante a Asociado de FONDEICON obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera de Colombia, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995

“Estatuto Anticorrupción” y demás normas legales concordantes para establecer cualquier tipo de vínculo comercial con [] , o para los pagos de tesorería por cualquier concepto y la apertura de manejo de Depósitos de Ahorro Contractual.

1. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) – No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante).
2. Si posee ingresos adicionales, especifique:
3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y/o listas a nivel Internacional por LA/FT.
4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y/o listas a nivel Internacional por LA/FT, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
5. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad [] de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

<p>_____</p> <p>FIRMA ASOCIADO C.C.</p>	 <p>Huella Indicé Derecho</p>	<p>Entrevista:</p> <p>Firma _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Cc _____</p> <p>Fecha _____</p>
--	--	--

Observaciones:	Verifico Referencia:
	Firma _____
	Nombre: _____
	Cc _____
	Fecha _____

- Documentos Anexo:**
- Fotocopia de Cédula
- Constancia e ingresos (honorarios, certificado laboral, Certificado de retención en la fuente,)