


FORMATO DE ASOCIACIÓN FONDO DE EMPLEADOS GRUPO SEVICOL – FONDESEVICOL

TIPO DE SOLICITUD		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	AGENCIA O CIUDAD LABORES	
INGRESO	ACTUALIZACIÓN			
Primera Vez	Reingreso	DD/MM/AAAA		

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos (Completo)	TIPO DE DOCUMENTO				Lugar de Expedición (Ciudad-Departamento)			
	C.C.	PASAPORTE	OTROS					
	Número del documento				Fecha de Expedición DD/MM/AAAA	Nacionalidad		
Lugar de Nacimiento (Ciudad-Departamento)	Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA	Sexo			Estado Civil		¿Mujer Cabeza de Hogar?	
		Masc		Feme		Si:	No:	
Nivel de Estudios:	Profesión:			Personas a Cargo ¿Cuántas?:				
Dirección de residencia:		Barrio:		Estrato:	Teléfono Fijo:			
Ciudad-Departamento:		Tipo de Vivienda: (Prop, Arr, Fam):			Teléfono Celular:			
Correo Electrónico:				Ocupación-Oficio:				
Actividad Económica Principal:		Código CIU:	Nota: Si su actividad económica es Empleado/ Asalariado, su código CIU corresponde al 0010, para consultar el código CIU de actividades económicas diferentes, remitirse a su RUT o al sitio web de la DIAN.					

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa Donde Labora:		Puesto De Labores:					
Dirección de trabajo:		Cargo actual:					
Fecha de inicio de Contrato:	Fecha fin de Contrato:	Modalidad Salarial			Tipo de Vinculación Laboral		
DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	Quincenal		Mensual		Fijo	Indefinido

INFORMACIÓN FINANCIERA (EN CUMPLIMIENTO DE LA REGULACIÓN SARLAFT)

Ingreso Mensuales/Salario Básico (Provenientes de su actividad económica ppal.)	\$	Gastos Familiares Mensuales	\$
Otros Ingresos Mensuales (Arriendos, Pensiones, otros negocios)	\$	Indique la fuente de los otros ingresos:	
Total Activos: (Relacione: Ahorros, Viviendas, Vehículos, etc.)	\$	Pasivos (Deudas Financieras)	\$

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE – PEP -

1) ¿Ejerce Usted, algún cargo como servidor público?		Si	No	Si la respuesta es positiva, seleccione con una X, la función del cargo (funciones o categorías incluidas dentro del Decreto 830 de 2021)				
Ordenación del Gasto	Contratación pública	Gerencia de Proyectos	Pagos	Expedición de normas regulaciones	Admón. de bienes muebles e inmuebles del estado			
Liquidaciones	Dirección o manejo de recursos en los movimientos o Partidos políticos.			Administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias				
2) ¿Ejerce funciones directivas en una organización Internacional?			Si	No	3) ¿Desempeña funciones públicas prominentes y Destacadas en otro país?		Si	No
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	Si	No	Si su respuesta es afirmativa, indique el tipo de operaciones que realiza (Exportador, importador, envío/recepción de giros y remesas, etc.)					
¿Posee productos financieros en el exterior?	Si	No	Banco		Cta. Ahorros	Ciudad		
			Nro. Cuenta		Cta. Corriente	País		

NÚCLEO FAMILIAR

Relacione los miembros de su grupo básico familiar y/o beneficiarios en el siguiente recuadro, para en caso de fallecimiento sus Ahorros, Aportes y otros saldos que resulten a su favor sean reintegrados. En el evento que falte esta información autorizó para que en su defecto se cumpla lo de ley, tal como establece el artículo 1142 del cód. De Comercio. **Grupo Básico Familiar: Asociado Soltero:** Padres, hermanos e hijos (menores de 25 años). **Asociado Casado:** cónyuge e hijos (menores de 25 años).

Tipo de Documento	Número de identificación	Nombres y Apellido Completos	Número de contacto	Parentesco

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a (FONDESEVICOL), con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y la Financiación y Proliferación de Armas de Destrucción Masiva:

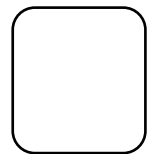
1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a (FONDESEVICOL), de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a (FONDESEVICOL), para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en (FONDESEVICOL) tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por (FONDESEVICOL) para dar cumplimiento a la normatividad vigente, además donar por una sola vez una contribución con destino al fondo de Bienestar no reembolsable, equivalente al (4,33%) del salario mínimo legal mensual vigente aproximado al múltiplo de mil más cercano. Y en caso de REINGRESO por RETIRO VOLUNTARIO deberá Donar por una sola vez una contribución al fondo de bienestar o reembolsable, equivalente al (5,17%) del salario mínimo legal mensual vigente aproximado al múltiplo de mil más cercano.
8. Autorizo al pagador de la empresa _____ para que de mi salario descuenta mensualmente el valor correspondiente a la cuota periódica obligatoria, la cual debe ser entregada a FONDESEVICOL y para ajustar anualmente este valor de acuerdo al Estatuto del Fondo de Empleados. Igualmente, en el caso de terminación de contrato definitiva por el motivo que fuese autorizo a FONDESEVICOL a formalizar mi retiro, desvinculación, cruce de cuentas y devolución de aportes si aplica, así no presente solicitud de retiro formal, entendiendo que se ha perdido mi calidad de asociado.
9. Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Fondo de Empleados FONDESEVICOL para **tratar mis datos personales** de acuerdo su política y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales descritos. Certifico que he sido informado de la política la cual se puede consultar en el sitio web de FONDESEVICOL.
10. Para los aspectos tendientes a cumplir con su objeto social. Declaro que conozco el Estatuto y reglamentos de FONDESEVICOL y me comprometo a cumplirlos.
11. ACTUALIZACIÓN DE DATOS: Me comprometo actualizar anualmente mis datos y la información que solicite FONDESEVICOL.

FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS APRTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA



HUELLA

EVIDENCIA DE ENTREVISTA			VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Lugar de la entrevista:			Fecha de Verificación:	Hora:
Fecha:		Hora:	Nombre quien verifica:	
Resultado:	Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	Cargo quien verifica:	
Firma			Firma	
Observaciones:			Observaciones:	