FORMATO DE VINCULACIÓN ASOCIADO

SOLICITUD DE INGRESO ☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
		DD MM AAAA

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos	Sexo
	M ☐ F ☐

Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C. ☐ C.E ☐ T.I ☐ R.C ☐ PP ☐			DD MM AAAA

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo					No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Estrato
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado		Propia	Arrendada	Familiar	

Fecha nacimiento	Lugar de Nacimiento	Dirección Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
DD MM AAAA				

Correo Electrónico		No. Celular	Teléfono
Personal	Corporativo		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Entidad	Administración	Cargo

Dirección de la Entidad	Ciudad	Sueldo	No. Teléfono

Profesión	Tipo de contrato			Fecha de Ingreso
	Indefinido	Término Fijo	Otro	DD MM AAAA

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI ☐	NO ☐	Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI ☐	NO ☐
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general?	SI ☐	NO ☐	Si alguna de las preguntas fue afirmada por favor especifique		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales ☐		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales ☐		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos		Total Pasivos	

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI ☐	NO ☐

Declaro que el origen de los fondos que manejo en Fempha provienen de:

Realiza operaciones en moneda extranjera	SI ☐	NO ☐	Si su actividad implica transacciones de moneda extranjera señale los tipos de transacción:

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos		Dirección		Teléfono	
Familiar	Nombres y Apellidos		Dirección		Teléfono	Parentesco

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FEMPHA Fondo de Empleados o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FEMPHA Fondo de Empleados, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. 3)Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que FEMPHA Fondo de Empleados me suministre.
Declaro que: 1) Me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario o el que estimen pertinente, y presentar los documentos requeridos por FEMPHA Fondo de Empleados. 2) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FEMPHA Fondo de Empleados no utilizar o revocar mi información personal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) FEMPHA Fondo de Empleados me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas.

6. INFORMACIÓN FAMILIAR

Núcleo familiar básico (Beneficiario de los servicios y ó En caso de fallecimiento)
Solteros: Padres, hijos y hermanos menores y/o discapacitados (que dependan económicamente del asociado). Casados o Unión L.: Conyuge o compañero(a) permanente, hijos y padres.

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO I.D.	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	
		DD	MM	AAAA	

Autorizo a Fempha - Fondo de Empleados para deducir, el valor correspondiente a la cuota semestral por concepto de Fondo Funerario. Asi mismo declaro conocer las normas vigentes en los estatutos y reglamentos del Fondo.

6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía (mayores de 18 años)	X	X
Certificado laboral no superior a 30 días y fotocopia desprendible de nómina	X	X
Certificación de otros ingresos no operacionales - si los tiene	X	X
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene	X	X

7. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma Solicitante

Huella Índice Derecho

Recomendado por: **Cédula de Ciudanía:** **Firma:**

8. PARA USO EXCLUSIVO DE FEMPHA

VERIFICACIÓN

Fecha	Hora	Teléfono
DD MM AA	a.m. p.m.	
Nombre de la persona que atendió		**Parentesco**
Confirmación de la dirección		**SI** **NO**
Aceptado **Rechazado**	**Observaciones**	
Nombre y firma Asesor que verifica		

FEMPHA
Fondo de Empleados

ORDEN DE DESCUENTO

APORTES Y/O AHORROS

FEMPHA – FONDO DE EMPLEADOS
Personería Jurídica 0296 de 1.978
NIT 860.068.657 – 1

Ciudad _____ Fecha _____/_____/_____
(dd / mm / aaaa)

Señor pagador de _____
(Especifique la Entidad y/o Administración)

☐ Ingreso ☐ Actualización

Con lo fundamentado en el decreto No.1481 de 1.989, en mi condición de empleado de esa entidad, me permito informarle que me he asociado a FEMPHA – Fondo de Empleados y, en consecuencia, autorizo a usted para que me descuente de mi sueldo mensual y entregue al Fondo en mención los valores que se detallan a continuación:

Por concepto de Ahorro Obligatorio (El 5%) $_____.

Por concepto de Ahorro Voluntario $_____.

Valor Total a Descontar $_____.

La suma aquí autorizada sólo podrá ser MODIFICADA ó SUSPENDIDA mediante comunicación de FEMPHA – Fondo de Empleados, la cual se tramitará de conformidad con las normas estatutarias y reglamentarias pertinentes.

_____	_____	_____
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo
_____	_____	_____
No. De Cédula	Entidad	Administración

_____
(Firma Asociado)

Aceptada, _____
(Firma y Sello de Pagaduría)

Calle 12B No. 7 - 90 Of. 417. Teléfono: (571) 334 34 00
Correo-E: fempha@fempha.com.co - www.fempha.com.co
Bogotá – Colombia