



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					
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado		Propia	Arrendada	Familiar	Estrato			
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Dirección Domicilio			Municipio / Ciudad			Departamento					
DD	MM	AAAA															
Correo Electrónico						Personal			Corporativo			No. Celular			Teléfono		

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 mí(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 efectúe 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 cumplimiento de mis obligaciones. 3) Debitar de mí(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 dependen 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. Así 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 o fotocopia desprendible de nómina, o soporte de ingresos	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

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	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> Huella Índice Derecho
----------------------------	---

Recomendado por: Cédula de Ciudadanía: Firma: _____

8. PARA USO EXCLUSIVO DE FEMPHA

VERIFICACIÓN

Fecha		Hora		Teléfono	
DD <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AA <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/>	p.m. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la persona que atendió				Parentesco	
Confirmación de la dirección				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	Observaciones			
Nombre y firma Asesor que verifica					



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)

FF-OD-001
Ver.02-2015