



FORMATO DE VINCULACIÓN ASOCIADO / PERSONA NATURAL

SOLICITUD DE INGRESO

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Radicación		Ciudad		Fecha Solicitud de Vinculación		
Presencial	Virtual			DD	MM	AAAA

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Apellido				Segundo Apellido				Nombres				Sexo						
												M		F				
Tipo de Documento de Identificación				Número				Lugar de Expedición				Fecha de Expedición		Nacionalidad				
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.									DD	MM	AAAA				
Estado Civil (Marque con una X)				Nivel Educativo (Marque con una X)								No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Estrato Socioeconómico	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Pregrado	Postgrado	Maestría	Doctorado			Propia	Arrendada	Familiar	
Fecha Nacimiento				Lugar de Nacimiento				Dirección Domicilio				Municipio / Ciudad			Departamento			
DD	MM	AAAA																
Correo Electrónico								No. Teléfono Móvil (1)				No. Teléfono Móvil (2)			Teléfono Residencia			
Personal				Corporativo														
¿Es cabeza de familia?				SI	NO	¿Ha sido asociado a FEMPHA?				SI	NO	Última fecha de retiro			DD	MM	AAAA	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Entidad				Administración				Cargo									
Dirección de la Entidad				Departamento				Municipio / Ciudad				Salario Mes		No. Teléfono			
Profesión				Tipo de Contrato								Fecha de Ingreso					
				Indefinido		Termino Fijo		Otro		¿Cuál?		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 afirmativa por favor diligenciar el "FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEPs"																	
Descripción act. Económica				Código CIU				Actividad Secundaria				Código CIU					

3. INFORMACIÓN FINANCIERA (Declare en pesos colombianos)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal				Egresos mensuales							
Otros ingresos mensuales				Otros egresos mensuales							
Total Ingresos Mensuales				Total Egresos Mensuales							
Total Activos				Total Pasivos							
				¿Es declarante?				SI	NO		
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?				SI	NO	¿Cuales?					
¿Posee cuentas en moneda extranjera?				SI	NO	Banco		No. de cuenta	Moneda	Ciudad	País
				Banco		No. de cuenta	Moneda	Ciudad	País		

4. REFERENCIAS

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

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

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). Realizar el respectivo tratamiento de mis datos personales públicos, privados y sensibles y en especial aquellos definidos como datos sensibles y de mi núcleo familiar (incluyendo menores de edad), para que sean incorporados en una base de datos, responsabilidad de FEMPHA - FONDO DE EMPLEADOS; y tratados con las siguientes finalidades; a) generar un vínculo contractual con el Fondo de Empleados b) hacer uso y circulación institucional con fines legales, administrativos, académicos, publicitarios, investigativos, empresariales, contables, estadísticos, históricos, fiscales, de bienestar (culturales, artísticos, médicos, deportivos), descuentos de nómina, reportes a centrales de riesgo, datos biométricos corporales y en especial los reflejados de mi rostro para que sean; fotografiados, filmados, monitoreados y grabados cuyas imágenes y videos se toman en las instalaciones o por fuera de FEMPHA - FONDO DE EMPLEADOS, y puedan ser subidos a redes sociales y a la página web para fines publicitarios; bien sea en capacitaciones, conferencias, reuniones fiestas, cumpleaños, actividades sociales o culturales, eventos puntuales como excursiones, cursos, o cualquier otra actividad y aquellos fines que contemple FEMPHA - FONDO DE EMPLEADOS, en aras de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual. Así como también el contacto y/o transmisión de información antes mencionada a través de mensajería de texto SMS. 3). Consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo Transunion y Datacredito o a quien represente sus derechos. 4) 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. 5) Realizar las consultas y controles establecidos en los términos de su política de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar en las fuentes que considere necesarias, la información suministrada en el presente documento. 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, así como también los derechos y deberes que tengo como asociado de FEMPHA Fondo de Empleados, estipulados en el Estatuto Social del Fondo. 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. 5). La información suministrada es clara, pertinente, oportuna y veraz, por lo cual puede ser verificada.

Tiene usted parentesco dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, o unión marital de hecho con alguno de los miembros de la Junta Directiva y/o funcionarios de nivel directivo de FEMPHA Fondo de Empleados o con sus conyugues? Si ___ No ___ en caso afirmativo especifique Nombre, y cargo: _____

6. INFORMACIÓN FAMILIAR

Núcleo familiar básico (Beneficiario de los servicios)
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	
		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.

7. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X
Fotocopia del documento de identidad	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

8. FAMILIAR

7 YfHjzVc`ei Y`U]bZfa UYQCb`UdcfHUXUYb`Y`dfYgYbH`XcW a Ybfc`Yg`j YfUhm`UjYbXc`Y`Xc`mVc`a dfYbX]Xc`mUWdHUXc`c`UbHf]cfZ`Yb`Wc`bgHUbVU`Zfa`c.

: Jfa UGc`jVHUbH` <i Y`U`bX]W`8 YfYW`c

FYZf]Xc`dcf. H]dc`XY`XcW`a`Ybfc. Bc`XY`XcW`a`Ybfc.

9. FAMILIAR

J9F= 757-é B`

: YW`UfYU]nUWQCb`YbHfYj`jgHJ 88 <input style="width: 40px;" type="text"/> MM <input style="width: 40px;" type="text"/> AAAA <input style="width: 40px;" type="text"/>	<cfU U`a`" <input style="width: 30px;" type="text"/> d`a`" <input style="width: 30px;" type="text"/>	CVgYfj`UW]cbYg
Bca`VfY`mZfa`UXY`ei`jYb`fYU]nCE`UYbHfYj`jgHJ		
: YW`Uj`Yf]ZVUWQCb`XY`U]bZfa`UYQCb` 88 <input style="width: 40px;" type="text"/> AA` <input style="width: 40px;" type="text"/> 5555 <input style="width: 40px;" type="text"/>	<cfU U`a`" <input style="width: 30px;" type="text"/> d`a`" <input style="width: 30px;" type="text"/>	CVgYfj`UW]cbYg
Bca`VfY`mZfa`UXY`fYgdcbgU`Y`XY`j`Yf]ZVUWQCb`XY`U]bZfa`UYQCb`		
Gc`jVH`X`XY`b]`fYgc`UdfcVUXU G= <input style="width: 30px;" type="text"/> BC <input style="width: 30px;" type="text"/>	: YW`UdfcVUWQCb` 88 AA 5555	5WU>i`bHJ8`fYW]j`UBc`" _____



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 mínimo \$10.000)

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.02-2017