

FORMULARIO DE ASOCIACIÓN



Dirección: Calle 22 # 22-26 Edificio del Comercio Piso 13

Teléfono: 8841920-3128338431

En el momento de diligenciar este documento es realizando un (a):

Ingreso
 Actualización

Fecha de Diligenciamiento		
Año	Mes	Día

1. Información Personal

NOMBRES		APELLIDOS			
C.C.	DE	FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DIA		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RH
LUGAR DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA	
DIRECCION RESIDENCIA		TELEFONO FIJO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
CORREO ELECTRONICO		CELULAR		MADRE CABEZA DE HOGAR SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL	PROFESIÓN	NIVEL ACADEMICO PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	OTROS * <input type="checkbox"/>
*OTROS CUALES ?					
CUENTAS BANCARIAS					
NOMBRE DEL BANCO		NUMERO DE LA CUENTA	CLASE DE CUENTA	AHORROS <input type="checkbox"/>	CORRIENTE <input type="checkbox"/>

2. Información Laboral

EMPRESA DONDE LABORA		EMPRESAS A LAS QUE LE PRESTA EL SERVICIO		TELEFONO
DIRECCION DONDE LABORA		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA AÑO MES DIA	CARGO U OCUPACIÓN	SALARIO MENSUAL \$	TIPO CONTRATO Fijo * <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	
APORTE (%) MENSUAL FECAFE (MAX. 10%) EMPRESA LEGAL 5% ADIC.	TOMA EL SERVICIO EXEQUIAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES *Si el Contrato es a termino fijo a cuanto tiempo		

3. Personas publicamente expuestas

¿Por su cargo maneja recursos publicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

4. Información Financiera

Actividad Económica	Codigo CIU
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal \$	Otros ingresos (especificar) \$
Egresos mensuales \$	Total Activos \$
	Total Pasivos \$

5. Operaciones en moneda extranjera

Realiza operaciones en moneda extranjera	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?				
Posee cuentas en moneda extranjera	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	N° de cuentas	Banco	Moneda	Ciudad	Pais
Declaro que no realizo transaccion en moneda extrajera			FIRMA		HUELLA	

6. Información Adicional

TIPO DE VIVIENDA ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/>		HIPOTECADA GRADO 1• GRADO 2•		HIPOTECA A FAVOR DE		
POSEE VEHICULOS CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		CLASE DE SERVICIO PARTICULAR <input type="checkbox"/> SERV.PUBLICO <input type="checkbox"/>			PIGNORADO A FAVOR DE	
NOMBRE DEL CONYUGE		C.C.	SEXO M• F•	RH	CELULAR	

7. Personas a Cargo

Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Parentesco	Edad	Sexo
Dirección	Nivel de escolaridad	Ocupación	Fecha de Nacimiento AÑO MES DIA	
Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Parentesco	Edad	Sexo
Dirección	Nivel de escolaridad	Ocupación	Fecha de Nacimiento AÑO MES DIA	
Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Parentesco	Edad	Sexo
Dirección	Nivel de escolaridad	Ocupación	Fecha de Nacimiento AÑO MES DIA	

8. Beneficiarios de Aportes

Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Telefono	Parentesco	Participación %
Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Telefono	Parentesco	Participación %
Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Telefono	Parentesco	Participación %
Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Telefono	Parentesco	Participación %
Nombre y Apellidos	Dcto. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Telefono	Parentesco	Participación %

9. Espacio exclusivamente para el Fondo de Empleados "FECAFE"

Observaciones:					
Fecha de realización de entrevista	AÑO	MES	DIA	Nombre quien realiza la entrevista	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Firma	
Fecha de realización de verificación de información	AÑO	MES	DIA	Nombre quien realiza la verificación	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Firma	

10. Documentos anexos

Fotocopia del documento de identidad
Constancia de ingresos (laborales, certificación de ingresos y retenciones)
Declaración de renta del último período gravable disponible (si aplica)

11. Autorizaciones

AUTORIZACION PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAÍSES EN LA CENTRAL DE INFORMACIÓN CIFIN

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, o a quién represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Centrales de Información –CIFIN que administra la Asociación Bancaria y Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones, será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado, sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la Central de Información –CIFIN- podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente para efectos estadísticos. **CIFIN**

AUTORIZACION PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO EN LAS LISTAS VINCULANTES NACIONALES E INTERNACIONALES

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, o a quién represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar toda la información consultada en las listas vinculantes tanto Nacionales como Internacionales, dando cumplimiento al Sistema Integral de Administración de Riesgos, reglamentado bajo la circular externa 015 del 2015 con lineamientos de SARLAFT.

AUTORIZACIÓN DESCUENTO:

Autorizo expresa e irrevocablemente al pagador de la entidad empleadora en la cual laboro o llegara a laborar o a quien corresponda el pago de mi salario, para que efectúe las deducciones y retenciones de nómina y sea girada al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, para el pago por concepto de aportes, ahorros y demás obligaciones que adquiera con el fondo, en la periodicidad establecida. En caso de presentarse la terminación del contrato laboral de la empresa por cualquier causa, autorizo en los iguales términos al pagador para que el saldo de mi (s) obligación (es), sea cubierto con la liquidación final de prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones o de cualquier cantidad de dinero que se genere a mi favor.

ACEPTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN:

Conozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los estatutos vigentes, como en general con toda la reglamentación **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, declaro que he sido informado de la obligación que tengo con el fondo para realizar anualmente la actualización de datos.

AUTORIZACIÓN DE UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES – LEY HABEAS DATA Y 1581 DE 2012 :

Dando cumplimiento a la ley Habeas Data, ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales y su decreto reglamentario 1377 de 2013 y demás normas que las modifiquen o adicionen.
Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, el manejo, archivo, custodia y protección de mis datos, comprendidos por privacidad, intimidad, el buen nombre y la imagen, con tal propósito todas las actuaciones se regirán por principios de buena fe, legalidad, autodeterminación informática, libertad y transparencia; Quien, en ejercicio de cualquier actividad, incluyendo las directivas, y laborales, sean estas permanentes u ocasionales pueda suministrar cualquier tipo de información o dato personal al **FONDO DE EMPLEADOS DE EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, y en la cual esta actúe como encargada y responsable podrá conocerla, actualizarla y rectificarla.

DECLARACIÓN:

A la fecha de firma de esta solicitud o actualización de datos; ¿Ha sido sancionado por la superintendencia de la economía solidaria o por el ente de control que haga sus veces?. SI ____ NO ____

Me obligo a aportar al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**. "los documentos que acrediten mi estado de activo a pensionado. Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**. para que me envíe información general sobre el fondo a través de mensajes de texto a celular y/o correo electrónico registrado, cuando lo considere pertinente. SI ____ NO ____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS:

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos al **FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS CAFETERAS "FECAFE"**, con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorro y certificados de ahorro a término expedidas por los entes reguladores.

Declaro que mis recursos no involucran actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y por lo tanto no he prestado mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a mi nombre.

Declaro y acepto bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es cierta, al igual que el contenido de la documentación adjunta. En constancia de haber leído y aceptado ésta, se firma y acompaña de huella el formulario....."

De igual manera autorizo para que cualquier comunicación que se haga necesario enviar sea remitida a:

Dirección: _____ (LETRA LEGIBLE)

E-mail: _____ (LETRA LEGIBLE)

Cualquier cambio en los datos antes mencionados será mi responsabilidad informarlo a ésta entidad.

Nombre: _____

Firma: _____

c.c. _____



Huella

12. Aprobación Empresa Afiliada

Espacio reservado para la Empresa Patrocinadora

VISTO BUENO DE LA EMPRESA AFILIADA		
AÑO	MES	DÍA
NOMBRE DE LA PERSONA QUE AUTORIZA		

FIRMA GESTIÓN HUMANA

SELLO EMPRESA