

La solicitud debe ser diligenciada con letra imprenta con tinta negra, sin enmendaduras ni tachaduras

Tipo de Vinculación : Ingreso Reingreso Actualización Permanencia

Fecha Diligenciamiento

D D M M A A A A

Oficina

Ciudad

I. INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| TIPO DOCUMENTO CC <input type="radio"/> PT <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> | NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD | DEPARTAMENTO | LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO MUNICIPIO | FECHA DE EXPEDICIÓN D D M M A A A A | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
| GENERO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A | DEPARTAMENTO / MUNICIPIO DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD | | |
| ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> | | MUJER CABEZA DE FAMILIA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | PERSONAS A CARGO Adultos _____ Menor 18 años _____ | OCUPACIÓN: Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO / BARRIO | | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | | |
| TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> | ESTRATO | TELÉFONO RESIDENCIA | CELULAR | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | | | AUTORIZO ENVIAR CORRESPONDENCIA Correo Electrónico <input type="radio"/> Residencia <input type="radio"/> | | |

II. INFORMACIÓN ACADÉMICA

NIVEL DE ESTUDIOS Primaria Bachillerato Técnico Tecnología Universitario Especialización Maestría Doctorado Posdoctorado

Título Obtenido: _____

III. INFORMACIÓN LABORAL (SI ES EMPLEADO)

| | | | |
|--|--|--|--|
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA | CÓDIGO INTERNO | NÚMERO DE NIT DE LA EMPRESA | FECHA INGRESO D D M M A A A A |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPRESA CÓDIGO CIU | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA Servicios <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Agropecuaria <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> ¿Cual? _____ | | |
| DIRECCIÓN DE LA EMPRESA | DEPARTAMENTO/MUNICIPIO | CARGO | CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO |
| TELÉFONO EMPRESA | EXTENSIÓN | CELULAR CORPORATIVO | SALARIO MENSUAL ACTUAL \$ |
| TIPO DE EMPRESA Publica <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> | TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Prestación Servicios <input type="radio"/> | POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO? Empresa o Negocio? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | COMPROMISO APORTES Y AH. PERMANENTE 5% <input type="radio"/> 7% <input type="radio"/> 10% <input type="radio"/> |

IV. DILIGENCIA SI USTED ES INDEPENDIENTE

| | | | |
|---|--|---|-----------|
| NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO | ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO CÓDIGO CIU DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | | |
| NÚMERO DE NIT | CÁMARA DE COMERCIO DE REGISTRO (Si Aplica) | FECHA CONSTITUCIÓN (Si Aplica) D D M M A A A A | |
| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO | | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO |
| TELÉFONO ESTABLECIMIENTO | CELULAR CORPORATIVO | CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO | |

V. DILIGENCIA SI USTED ES PENSIONADO(A)

| | | |
|-----------------------------|---|---------------|
| NOMBRE DEL FONDO DE PENSIÓN | MOTIVO PENSIÓN Invalidez <input type="radio"/> Vejez <input type="radio"/> | SALARIO \$ |
|-----------------------------|---|---------------|

VI. INFORMACIÓN CÓNYUGE

| | | | |
|----------------------------|----------------------|---------|---------|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | |
| No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | EMPRESA DONDE LABORA | CARGO | CELULAR |

VII. REFERENCIAS PERSONALES (No Familiar)

| | | |
|-------------------|------------------|------------|
| NOMBRE Y APELLIDO | TELÉFONO/CELULAR | PARENTESCO |
| | | |

VIII. REFERENCIAS FAMILIARES (Que No Vivan con usted)

| | | |
|-------------------|------------------|------------|
| NOMBRE Y APELLIDO | TELÉFONO/CELULAR | PARENTESCO |
| | | |

IX. INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS PÚBLICOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| - MANEJA USTED RECURSOS PÚBLICOS? | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | - EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| - GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | |
| - EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | |

X. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|
| TOTAL ACTIVOS \$ | TOTAL PASIVOS \$ | PATRIMONIO \$ |
| INGRESOS MENSUALES \$ | OTROS INGRESOS** \$ | EGRESOS MENSUALES \$ |

** (INGRESOS NO OPERACIONALES U ORIGINADOS EN ACTIVIDADES DIFERENTES A LA PRINCIPAL)

| XI. REFERENCIAS FINANCIERAS | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----------------------------------|-------------------|
| BANCO O ENTIDAD | SUCURSAL | MUNICIPIO | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | | |
| XII. BENEFICIARIOS (PADRES, CÓNYUGE, HIJOS) | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA | PARENTESCO | ESTUDIA Primaria (P) Secundaria (S) Universitario (U) ó Sin Estudio (SE) | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | Discapa citado |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| XIII. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA | | | | | | |
| ¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | TIPO DE TRANSACCIÓN: Exportación <input type="radio"/> Importaciones <input type="radio"/> Giros Prestamos en m/e <input type="radio"/> Inversiones <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cual? _____ | | | | | |
| ¿Posee cuentas en Moneda Extranjera? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE: BANCO O ENTIDAD _____ NÚMERO DE CUENTA _____ MONEDA _____ CIUDAD / PAIS DE LA CUENTA _____ | | | | | |
| XIV. INFORMACIÓN TRIBUTARIA | | | | | | |
| Confirme o actualice su información | | | | | | |
| ¿Tiene residencia fiscal diferente a Colombia y Estados Unidos? | | | | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | |
| ¿Está usted sujeto a tributación fiscal en los Estados Unidos, es decir es impactado por la ley FATCA? | | | | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | |
| XV. AUTORIZO CANALES DE COMUNICACIÓN SEGÚN LEY 2300 DEL 10 DE JULIO 2023 | | | | | | |
| Como titular de mis datos personales y sensibles, y en cumplimiento de la Ley No. 2300 del 10 de Julio del 2023, que a partir del 10 de octubre del 2023 entró en vigencia, la cual tiene como propósito "proteger el derecho a la intimidad de los consumidores, estableciendo los canales, el horario y la periodicidad en la que estos pueden ser contactados". Autorizo de manera expresa a FONEM PLUS para que envíe las comunicaciones o cualquier tipo de información que considere pertinente, de tipo comercial, de servicios o de información sobre el estado de tramites, transacciones de los productos o servicios con el fondo de empleados, utilizando para tal fin cualquier medio de comunicación que posee FONEM PLUS. Autorizo al fondo de empleados FONEM PLUS o a quien represente sus derechos a realizar la gestión de cobranzas y en general, para ser contactado a través de cualquiera de los siguientes canales: | | | | | | |
| 1) CORREO ELECTRÓNICO | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 4) CORRESPONDENCIA FÍSICA | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | | |
| 2) LLAMADA TELEFÓNICA | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 5) SMS | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | | |
| 3) WHATSAPP | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | 6) CANALES DIGITALES | SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | | | |
| De igual modo, a mi (s) codeudor (es) se le contactará en las mismas condiciones que aquí establezco, y por medio de la presente autorización manifiesto que los canales señalados me fueron informados y socializados previamente por parte del Fondo de Empleados, en consecuencia, dejo constancia de haberlos elegido y autorizado en forma voluntaria. Además, autorizo a FONEM PLUS de solicitar datos de contacto registrados en las centrales de riesgo. Por otro lado, permito que FONEM PLUS tenga la libertad de grabar o escuchar mis conversaciones relacionadas con transacciones y cobranzas en cualquier momento, ya sea por la institución o terceros en su nombre. | | | | | | |
| XVI. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINOS DE FONDOS | | | | | | |
| 1.- AUTORIZACIONES GENERALES: Autorizo de manera expresa e irrevocable a FONEM PLUS, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a 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. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos sera determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. En caso que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión de derechos a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderan a este, en los mismos términos y condiciones. Con esta solicitud de ingreso a FONEM PLUS, además, declaro conocer los estatutos y reglamentaciones de la entidad a los cuales me acojo y por lo tanto autorizo para que de mis salarios y/o prestaciones sociales se me deduzca cualquier cantidad que adeude al fondo, incluido el aporte periódico mensual, para lo cual doy mi consentimiento previo, en un todo de acuerdo al art. 55 del decreto 1481/89. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con FONEM PLUS o con quien represente sus derechos. Autorizo a FONEM PLUS para que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio. | | | | | | |
| 2.- DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS: Obrando en propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a FONEM PLUS con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con FONEM PLUS. | | | | | | |
| 2.1. Los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con FONEM PLUS tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.). | | | | | | |
| 2.2. En caso de requerimiento por parte de FONEM PLUS o de algún organismo de investigación, vigilancia y control del estado, estoy dispuesto a suministrar los soportes requeridos que evidencian el origen o destino de los recursos. | | | | | | |
| 2.3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. | | | | | | |
| 2.4. Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectúe transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no estén relacionadas con las mismas. | | | | | | |
| 2.5. Acepto que FONEM PLUS se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mi (nosotros) planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he (hemos) suministrado, FONEM PLUS no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negociación. Igualmente me (nos) comprometo (emos) a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en el presente formato. | | | | | | |
| 2.6 Eximo a FONEM PLUS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de la violación del mismo. Nota: en caso de requerir mayor detalle favor diligenciar declaración independiente. Estoy informado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite FONEM PLUS por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo (amos) el presente formato. | | | | | | |
| NOMBRE | | FIRMA | | HUELLA INDICE DERECHO | | |
| No DOCUMENTO | | | | | | |
| PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD | | | | | | |
| CONSULTA EN LISTAS CLASIFICADAS | | VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN | | REVISIÓN DOCUMENTACIÓN | | |
| USUARIO CONSULTÓ | | CERTIFICO QUE HE REALIZADO LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE: | | CERTIFICO QUE HE REVISADO LA DOCUMENTACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE: | | |
| FECHA CONSULTA | | FECHA VERIFICACIÓN | D D M M A A | FECHA REVISIÓN | D D M M A A | |
| ¿FIGURA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | LISTA: | CORRECTO <input type="radio"/> | INCORRECTO <input type="radio"/> | COMPLETO <input type="radio"/> | INCOMPLETO <input type="radio"/> | |
| OBSERVACIONES | | OBSERVACIONES | | OBSERVACIONES | | |
| FIRMA FUNCIONARIO QUE EFECTUÓ CONSULTAS LISTAS | | FIRMA FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ INFORMACIÓN: | | FIRMA FUNCIONARIO QUE REVISÓ DOCUMENTACIÓN: | | |
| INFORMACION ENTREVISTA Y/O VISITA | | | | | | |
| NOMBRE DE QUIÉN REALIZÓ LA VISITA O ENTREVISTA: | | CARGO | | FECHA | | |
| | | | | D D M M A A A A | | |
| LUGAR ENTREVISTA: | | FIRMA: | | OBSERVACIONES: | | |
| | | | | | | |
| APROBACION VINCULACION | | | | | | |
| NOMBRE FUNCIONARIO QUE APROBÓ | | FIRMA | | | | |
| CARGO | | | | | | |
| FECHA APROBACIÓN VINCULACIÓN | | ACTA No. | | | | |