

FORMULARIO DE AFILIACIÓN FONDO DE EMPLEADOS EMPRENDER

cod 01-004-2025

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y apellidos		Tipo identificación	☐ CC ☐ RC ☐ TI ☐ CE ☐ PAS
Fecha nacimiento		Número de identificación:	
Ciudad nacimiento		Fecha expedición	
Ciudad residencia		Lugar expedición	
Dir y ciudad residencia		Estrato	
No. Hijos		Nivel escolaridad	
Correo electrónico		Teléfono y/o celular	

INFORMACIÓN LABORAL

Profesión		Empresa donde labora		Cargo	
Dir y ciudad trabajo		Tipo contrato		Teléfono y/o celular	
Banco cta nomina		cta ahorros ☐	cta corriente ☐	No. Cta bancaria	
Descripción actividad económica		CIU			

¿Administra recursos públicos? ☐ SI ☐ NO Es una Persona Expuesta Públicamente (PEP) ☐ SI ☐ NO

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal		Egresos mensuales	
Otros ingresos (especificar)			

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI ☐ NO ☐	Cuales	
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	SI ☐ NO ☐	Banco	
		Pais	
		No. Cta bancaria	
		Ciudad	

CUOTA DE AHORRO

Ahorro obligatorio \$		Ahorro voluntario \$	
-----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Relacione aquí los datos correspondientes a familiares o personas que se nombran como beneficiario de los programas sociales y de solidaridad establecidos por el Fondo

TIPO I.D	No. DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	% BENEFICIO

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- *Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al Fondo de Empleados para que la verifique.
- *Podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.
- *Autorizo al pagador de la empresa a la cual estoy vinculado, a efectuar las deducciones de las cuotas de aportes, ahorros, créditos
- *Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite el Fondo de Empleados para la utilización de un producto o servicio.
- *Reconozco que el Fondo adquiere la facultad de administrar mis datos personales, incluyendo la recolección, almacenamiento, uso y circulación
- *Autorizo al Fondo de Empleados para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
- *Renuncié a la notificación previa que se establece como condición necesaria para el reporte negativo ante las entidades de información comercial y/o financiera
- *Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. "declaró que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas".

FIRMA

HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

----------------------	----------------------	----------------------

ESPACIO PARA USO DE FONTIGO

FECHA DE REALIZACIÓN ENTREVISTA	
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREVISTA	
FECHA DE VERIFICACIÓN	
FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN	