

FORMATO DE AFILIACIÓN o ACTUALIZACIÓN DE DATOS



FONDO DE EMPLEADOS
DE FEDEPALMA

AFILIACIÓN ACTUALIZACIÓN

Fecha de diligenciamiento _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Nombres Completos: _____
Documento Identidad: Tipo: _____ No.: _____ Lugar y Fecha de Expedición del Documento: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Estado civil: Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado
Título profesional: _____ Actividad Económica: _____
Dirección Residencia: _____ Teléfono Residencia: _____
Ciudad: _____ Email personal: _____ Celular personal: _____
Empresa donde trabaja: _____ Fecha de ingreso: _____ Cargo: _____

¿Persona políticamente expuesta? (SI) (NO)

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos? (SI) (NO)

¿Tiene o goza de reconocimientos públicos? (SI) (NO)

¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? (SI) (NO)

¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? (SI) (NO)

INFORMACIÓN FINANCIERA

Es usted residente fiscal en un país diferente a Colombia? NO. Declaro que únicamente soy residente fiscal en Colombia

SI. Declaro que soy residente fiscal en el(los) siguiente(s) país(es): Países: _____

Número de identificación tributario (TIN): _____

Actividad Económica: Salarios Honorarios y comisiones Otros Cuales?

¿Posee cuentas en moneda extranjera? (SI) (NO)

Banco _____ Ciudad _____ País _____ Moneda _____ No. de Cuenta _____

INGRESOS MENSUALES: \$	_____	ACTIVOS: \$	_____
EGRESOS MENSUALES: \$	_____	PASIVOS: \$	_____
OTROS INGRESOS: \$	_____	CONCEPTO:	_____

REFERENCIA FAMILIAR

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Nombres Completos: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección Residencia: _____ Teléfono Residencia: _____

REFERENCIA PERSONAL

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Nombres Completos: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección Residencia: _____ Teléfono Residencia: _____

BENEFICIARIOS, DEPÓSITOS Y APORTES

En caso de muerte declaro que designo como beneficiario (s) de mis aportes, depósitos y en general de cualquier título a mi nombre en el FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA, a las siguientes personas:

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	No. DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	PARENTESCO	TELÉFONO
1					
2					
3					
4					
5					

De acuerdo con el Art. 7 del Reglamento de Ahorros, se le informa al asociado que solamente podrá designar como beneficiarios de sus ahorros a los herederos legítimos.

Verificado Fondo de Empleados: _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro que los activos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA**, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA**, para que verifique y realice consultas que estime necesarias con el proposito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA** tiene procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información exigida por el **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA** para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

AUTORIZACIONES

1. Autorizo al pagador o empleador donde ostento la condición de empleado a descontar de mi nómina al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA** los valores reportados por el **FONDO**; el valor correspondiente los aportes sociales, ahorros voluntarios o cualquier valor cual me he comprometido a pagar al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA**, así como mis obligaciones contraídas en virtud de ésta asociación y en los eventuales productos o servicios adquiridos por mí con el **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA**.
2. **AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:** Autorizo expresa e irrevocablemente al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor para consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar toda la información correspondiente en mi calidad asociado o de acreedor del **FONDO** a las centrales de riesgo de mis compromisos, obligaciones vigentes y futuras adquiridas con el **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA**.
3. Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita e informada al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA** NIT 830022498-1, con domicilio principal en la Calle 98 No. 70-91 de Bogotá, como responsables del tratamiento de mis datos, incluyendo datos sensibles relativos a la salud y biométricos, para que cualquier información entregada en el desarrollo de los diferentes procesos misionales y de apoyo del Fondo, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida entre la Federación Nacional de Cultivadores de Palma de Aceite – Fedepalma, Corporación Centro de Investigación en Palma de Aceite – Cenipalma, C.I. Acepalma S.A., Solutrans S.A.S y otras empresas relacionadas con el sector solidario para la prestación de servicios a los asociados, transmitida a terceros países (alojada) y suprimida, con fines de asociatividad, coordinación de programas de bienestar personal y familiar, desarrollo de actividades económicas, sociales culturales, así como contractuales y comerciales, en cumplimiento de la ley de datos personales, sus decretos reglamentarios, modificaciones y adiciones.

Declaro que he sido informado de la existencia de la Política de Tratamiento de Datos Personales la cual se encuentra publicada en www.fonfedpalma.com y que me asisten los derechos consagrados en la ley y las disposiciones reglamentarias vigentes, especialmente los siguientes: conocer, actualizar y rectificar mis datos; solicitar prueba de la autorización otorgada; ser informado del uso que se le han dado a mis datos personales; presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes; revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales; acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento; y responder facultativamente a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

Autorización consulta de información: En uso de mis facultades AUTORIZO al **FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA**, para que realice las consultas de información en las fuentes que estime convenientes, con el propósito de cumplir con las diligencias relacionadas con la administración de riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.

EL FONDO DE EMPLEADOS DE FEDEPALMA NIT 830022498-1 protegerá la confidencialidad y privacidad de la información que le ha sido confiada y respetarán los derechos de los titulares.

Autorizo a la entidad en la cual laboro, para que descuente por única vez la cuota de contribución solidaria, y a partir de la fecha la cuota periódica mensual equivalente al _____ % de mi salario, con destino a los aportes sociales y ahorros permanentes.

Autorizo a la entidad en la cual laboro, para que a partir de la fecha, descuente la cuota periódica mensual equivalente al _____ % de mi salario, con destino al ahorro retornable.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y el presente documento



FIRMA

HUELLA

INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA DÍA MES AÑO HORA

RESULTADO: Aprobado Rechazado

FIRMA

OBSERVACIONES:

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE LA VERIFICACIÓN DÍA MES AÑO HORA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

OBSERVACIONES: