

FORMATO DE AFILIACIÓN
SOLICITUD DE INGRESO COMO ASOCIADO



AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN

I. INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de diligenciamiento:

DD MM AAAA

| | | | | |
|-----------------------------|-------------|---------------------|---------------------|-------------------------------|
| Apellido (s) | | Nombre (s) | | <p>FOTOGRAFÍA A COLOR</p> |
| Cédula | Expedida en | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | |
| Máximo nivel de estudios | Profesión | Estado civil | | |
| Correo electrónico personal | Celular | | | |
| | | | | |

II. RESIDENCIA

| | | | | |
|---------------------|--------|--------|---------|----------|
| Dirección domicilio | Barrio | Ciudad | Estrato | Teléfono |
|---------------------|--------|--------|---------|----------|

III. INFORMACIÓN LABORAL

| | | | |
|------------------------|---|---|--------------------------------|
| Empresa | Sucursal | Tipo de contrato | Fecha de ingreso |
| | | Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Duración <input type="text"/> meses | DD MM AAAA |
| Cargo | Área o Proyecto | Teléfono y ext. oficina | Correo electrónico corporativo |
| Salario básico mensual | Es salario integral? | Recibe prestaciones extralegales? | Número de cuenta bancaria |
| \$ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Banco |

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR

| Nombre | Parentesco | Depende económicamente? | | % como beneficiario | Diligenciar únicamente en caso de tener hijos(as): | | | Edad | Nivel de estudios |
|--------|------------|-------------------------|----|---------------------|--|----|------|------|-------------------|
| | | SI | NO | | DD | MM | AAAA | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | |

Para efectos del artículo 18 del Decreto 2968 de 1960, declaro que en caso de fallecimiento, mi participación en el Fondo sea entregada a las personas anteriormente relacionadas. Cualquier modificación relacionada con los beneficiarios debe ser comunicada oportunamente a FEMPAL.

V. INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | | | |
|-------------------------------|------|------------------------|----------------|----------------------------|------------------|
| Actividad económica principal | CIUU | Salario básico mensual | Otros ingresos | Especifique otros ingresos | Gastos mensuales |
| Empleado(a) | 0010 | \$ | \$ | | \$ |

| Tipo de ACTIVO | Descripción | Valor comercial | Tiene obligación, prenda o hipoteca? | Saldo obligación, prenda o hipoteca |
|----------------------------|-------------|-----------------|---|-------------------------------------|
| INMUEBLES (CASA - APTO) | | \$ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ |
| INMUEBLES (CASA - APTO) | | \$ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ |
| VEHICULOS (AUTOV. - MOTOS) | | \$ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ |
| MUEBLES Y ENSERES | | \$ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ |
| OTROS ACTIVOS | | \$ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | \$ |
| Total ACTIVOS | | \$ | Total PASIVOS | |
| | | \$ | | |
| | | | Total PATRIMONIO | |
| | | | \$ | |

VI. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA Y VALIDACIÓN PEPs

| | | | | |
|---|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| Realiza operaciones en moneda extranjera? | Cuáles | Posee cuentas en moneda extranjera? | Banco | País |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Con mi firma al final del presente documento declaro que NO realice transacciones en moneda extranjera.

Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos meses cargos o actividades en los cuáles:

- Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? SI NO
- Tiene o goza de reconocimientos público? 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 dec. 1674 de 2016? SI NO
- Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO

VII. DESCUENTOS PARA AHORROS Y APORTES

Manifiesto mi deseo de asociarme a FEMPAL autorizando los siguientes descuentos así:

| | | |
|---|--|---|
| 1. Ahorro mensual (Reglamentario): | Mínimo 3% y máximo 10% del salario básico mensual. En caso de ser salario integral el cálculo se realiza sobre el 70%. | Valor ahorro mensual \$ <input type="text"/> |
| 2. Ahorro semestral (Voluntario): | Con Prima. Puede ser cero (\$0), mínimo igual al ahorro mensual y máximo hasta el valor de la prima. | Valor ahorro semestral \$ <input type="text"/> |
| 3. Ahorro a la vista (Voluntario): | Se establece libremente | Valor Ahorros a la Vista \$ <input type="text"/> |

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES (Favor leer antes de firmar)

- Autorizo descontar como cuota de afiliación, el 1% del salario básico mensual en la primera mensualidad.
- Autorizo descontar como auxilio de bienestar, el 6x1000 del salario básico mensual aprobado por Asamblea General.
- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FEMPAL para que la verifique.
- Autorizo a FEMPAL para que consulte y reporte información en las centrales de riesgo.
- Autorizo expresamente a FEMPAL para contactarme, enviarme información, notificaciones y comunicados vía mensajes de texto, llamadas al teléfono fijo o celular, comunicaciones escritas o correos electrónicos y, también el uso de mi información a FEMPAL y a sus aliados estratégicos comerciales.
- Obrando de manera voluntaria me permito realizar la siguiente declaración de origen de fondos y bienes a FEMPAL, con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Básica Jurídica No. 22 de 2020 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás normas legales para el control de las actividades del lavado de activos vigentes en Colombia: El origen de fondos o los recursos y los bienes, y servicios que se ofertarán provienen directamente de acuerdo a lo especificado en el Título V.
- Declaro que esta fuente de fondos en ningún caso involucra actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios, y por lo tanto no hemos prestado nuestro nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a nombre nuestro. La información aquí suministrada corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación contractual con FEMPAL o con quien represente sus derechos.
- Autorizo a FEMPAL a cancelar cualquier contrato o producto que mantenga en el caso de comprobarse cualquier infracción de las normas legales tendientes al control del lavado de activos de acuerdo con la legislación colombiana vigente o que se llegare a expedir y, eximo a FEMPAL de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Declaro que he sido informado de la obligación que tengo de actualizar mi información por lo menos una vez al año.

FIRMA

HUELLA (ÍNDICE DERECHO)

ESPACIO RESERVADO PARA FEMPAL

| INFORMACIÓN ENTREVISTA | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Fecha | Lugar |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DD MM AAAA | |
| Nombre de quien realiza la entrevista | |
| <input type="text"/> | |
| Firma de quien realiza la entrevista | |
| <input type="text"/> | |

| VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN | |
|--|----------------------|
| Fecha | Lugar: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| DD MM AAAA | |
| Nombre de quien realizó verificación listas especiales | |
| <input type="text"/> | |
| Firma de quien realiza la verificación | |
| <input type="text"/> | |

| AUTORIZACIÓN DE GERENCIA |
|--------------------------|
| <input type="text"/> |
| GERENTE |