

**AFILIACION**

A partir de: DD \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_

**ACTUALIZACION**

### DATOS PERSONALES

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	Cédula	Lugar y Fecha de Exp.

Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento	Sexo	Estado civil	Nivel Educativo
DD	MM	AA		M	F	

Dirección Residencia	Ciudad o Municipio	Correo Electrónico

<b>Teléfonos</b>		
Residencia	Otro	Celular

<b>Número de personas a cargo</b> _____	<u>Cabeza de Familia</u>	<b>Estrato</b>
<b>Declara Renta</b> SI    NO	SI    NO	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6

### INFORMACIÓN LABORAL

Ciudad de trabajo	Lugar de trabajo / Planta / Estacion de servicio / Oficina	Fecha de ingreso Empresa			Activo
		DD	MM	AA	Pensionado

Compañía	Tipo de Contrato		Cargo / Actividad
	Fijo	Indefinido    Independiente	

Dirección Oficina	Teléfonos

#### DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si    No

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si    No

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? Si    No    ,Si respondió afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, por favor especifique: \_\_\_\_\_

Salario Básico/Pension	\$ _____	Activos	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Pasivos	\$ _____
Fuente otros ingresos	_____		
Ingreso Total	\$ _____		
Egresos	\$ _____		

Operaciones en moneda extranjera NO    SI    Cuales: \_\_\_\_\_

**COMPROMISO MENSUAL DE APORTE** (Mínimo un día de salario mínimo mensual legal vigente) \$ \_\_\_\_\_

Autorizo descontar de mi salario, y/o sueldo, y/o pensión, y/o mesadas, y/o primas legales o extralegales, y/o vacaciones, y/o prestaciones sociales liquidación definitiva del contrato de trabajo, como trabajador y/o pensionado esta Entidad, las cuotas correspondientes a mis aportes/ahorros, cualquier servicio de ahorro crédito o convenio y cualquier otro concepto que adeude a FONDEXXOM, o que se establezca dentro del Estatuto o por mandato de la Asamblea, así como consultar y reportar a los bancos de datos financieros y de riesgos sobre todas mis transacciones que bajo cualquier modalidad se me hubiere otorgado o se me otorguen

en el futuro. Igualmente declaro conocer y aceptar lo contemplado en el Estatuto respecto a los saldos a favor no reclamados.

**Autorización para la utilización de la información individual del Asociado.** El Fondo de Empleados ExxonMobil "FONDEXXOM", como institución que almacena y recolecta datos personales requiere obtener su autorización para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, permita a la entidad recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FONDEXXOM en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de

**AHORRO Y CRÉDITO,** por tanto con la firma de la solicitud de ingreso o actualización de datos, autorizo en forma irrevocable a FONDEXXOM para que haga la debida utilización de mi información de datos personales, en los términos que establece la ley.

**Declaración de origen de Fondos.** Declaro expresamente que: 1.) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes. (Detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) \_\_\_\_\_

2.) Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni provendrán o se destinarán a actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano. 3.) Certifico que los recursos que se deriven del vínculo de Asociado no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

**Obligación de actualizar la información.** La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Eximo a FONDEXXOM de cualquier responsabilidad derivada por la información incompleta o no veraz entregada por mí dentro del desarrollo de las actividades de FONDEXXOM.

### INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO PERMANENTE	FECHA DE NACIMIENTO		
	DIA	MES	AÑO
_____	_____	_____	_____

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL GRUPO FAMILIAR DEPENDIENTE:** Asociado(a) casado(a) (Hijos) - Asociado(a) Soltero(a) (Padres y Hermanos).

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO F o M	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
		DIA	MES	AÑO	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **C.C. No.** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ADJUNTAR FOTOCOPIA DE SU CÉDULA DE CIUDADANÍA POR AMBOS LADOS**

Aprobación Junta Directiva Acta # \_\_\_\_\_

Verificación de la Información:

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Y Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Día	Mes	Año
Fecha Efectiva		