

Afiliación  Actualización

## 1. DATOS PERSONALES

APELLIDOS	NOMBRES	CÉDULA	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
LUGAR Y FECHA DE EXP.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIVEL EDUCATIVO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD/ MUNICIPIO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TEL. CELULAR	TELÉFONO RESIDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

NÚMERO DE PERSONAS A CARGO \_\_\_\_\_ CABEZA DE FAMILIA  SI  NO  
DECLARA RENTA  SI  NO ESTRATO  1  2  3  4  5  6

## 2. INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN	CIUDAD
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONOS	CORREO CORPORATIVO	ESTADO ACTUAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Pensionado
CARGO/ ACTIVIDAD	TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INGRESO
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Independiente	<input type="text"/>

### DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (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 **SI** a alguna de las anteriores, por favor especifique \_\_\_\_\_

SALARIO BÁSICO/ PENSIÓN	OTROS INGRESOS	FUENTE OTROS INGRESOS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INGRESO TOTAL	EGRESOS	ACTIVOS	PASIVOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁLES? _____			

## 3. COMPROMISO MENSUAL

MÍNIMO UN DÍA DE SALARIO  
MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE

\$

**Autorizo descontar de mi salario**, sueldo, pensión, mesadas, primas legales o extralegales, vacaciones, prestaciones sociales, honorarios, servicios, comisiones, liquidación definitiva del contrato de trabajo como trabajador y/o pensionado de 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/o 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 "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 del Sector de la Economía Solidaria 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.

**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 actualizar/a 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**

|     |

**INFORMACIÓN ADICIONAL DEL GRUPO FAMILIAR DEPENDIENTE:**

Asociado(a) casado(a) (hijos) - Asociado(a) soltero(a) (padres y hermanos).

NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/>   <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

*Firma*  
 \_\_\_\_\_  
 C.C.

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

\_\_\_\_\_ Espacio exclusivo para diligenciamiento de FONDEXXOM \_\_\_\_\_

**ACTA RATIFICACIÓN JUNTA DIRECTIVA #**

**FECHA DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA EN LISTAS RESTRICATIVAS**   |   |       ·

*Firma*  
 \_\_\_\_\_  
**QUIEN VERIFICA Y CONSULTA EN LISTAS RESTRICATIVAS**

*Firma*  
 \_\_\_\_\_  
**APROBACIÓN GERENCIA**

**RESULTADO SATISFACTORIO**  SI  NO