

**FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL
FORMULARIO DE ASOCIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN**

ASOCIACIÓN

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD MM AAAA

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS										SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
RC <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>	No. _____	DE _____	FECHA EXPEDICION DD MM AAAA	NACIONALIDAD				
FECHA NACIMIENTO AAAA MM DD		LUGAR			DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	SOLTERO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	UNION LIBRE <input type="checkbox"/>	MUJER CABEZA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. DE HIJOS _____		PERSONAS A CARGO _____			
NIVEL DE ESTUDIOS <input type="checkbox"/>		TÉCNICO <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	TITULO _____						
<input type="checkbox"/>		TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/>	MAESTRIA <input type="checkbox"/>							
TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/>		PROPIA <input type="checkbox"/>	DIRECCION DOMICILIO _____			DEPARTAMENTO _____					
<input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>	MUNICIPIO _____	BARRIO _____	TELÉFONO _____						
<input type="checkbox"/>		ARRIENDO <input type="checkbox"/>	CELULAR _____	ESTRATO _____	CIUDAD _____						
E-MAIL PERSONAL _____											
No. CUENTA				BANCO				AHORROS <input type="checkbox"/>		CORRIENTE <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN LABORAL

PROFESIÓN, OCUPACIÓN, OFICIO		ENTIDAD DONDE LABORA		DEPENDENCIA		CIUDAD		DEPTO		MUNICIPIO		SEDE	
CARGO		DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA			TELÉFONO		EXTENSIÓN		E-MAIL				
TIPO DE CONTRATO		INDEFINIDO <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>		FECHA VENCIMIENTO CONTRATO DD MM AAAA		SALARIO: ORDINARIO <input type="checkbox"/>		INTEGRAL <input type="checkbox"/>		FECHA INGRESO A LA COMPAÑÍA DD MM AAAA	
FJO <input type="checkbox"/>		¿CUAL?				\$ _____							
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA								CIU _____		DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				Si alguna de las anteriores preguntas es afirmativa, por favor explique _____	
								VEHÍCULO					
CARRO <input type="checkbox"/>				PLACA _____		MODELO _____		MARCA _____					
MOTO <input type="checkbox"/>				PLACA _____		MODELO _____		MARCA _____					

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		C.C. <input type="checkbox"/>		No. IDENTIFICACIÓN				CELULAR		
C.E. <input type="checkbox"/>										
PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
INGRESOS MENSUALES \$		EGRESOS MENSUALES \$		NOMBRE EMPRESA DONDE LABORA			DIRECCIÓN EMPRESA		TELÉFONO	

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS		PASIVOS		INGRESOS MENSUALES	
Inmuebles	\$ _____	Obligaciones financieras	\$ _____	Ingresos actividad principal	\$ _____
Vehículos	\$ _____	Tarjetas de crédito	\$ _____	Otros ingresos	\$ _____
Otros Activos	\$ _____	Otras obligaciones	\$ _____	TOTAL INGRESOS	\$ _____
TOTAL ACTIVOS	\$ _____	TOTAL PASIVO	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	
TOTAL PATRIMONIO	\$ _____			Arriendo o cuota de vivienda	\$ _____
				Gastos de sostenimiento	\$ _____
				Pago deudas	\$ _____
				TOTAL EGRESOS	\$ _____

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento designo como beneficiarios del saldo de aportes y ahorros a las siguientes personas de acuerdo con porcentaje asignado:

	APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO	DIRECCIÓN	%
1				M F			
2				M F			
3				M F			
4				M F			
5				M F			

REFERENCIAS

Familiar
 Nombres y Apellidos _____ Parentesco _____ Dirección _____ Teléfono _____

Personal
 Nombres y Apellidos _____ Dirección _____ Teléfono _____

OPERACIONES MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SÍ NO Importación Exportación Inversiones Préstamos en moneda extranjera
 ¿Posee CDTs en moneda extranjera? SÍ NO Transferencias Pago servicios Otros ¿Cuál?
 ¿Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SÍ NO

En caso afirmativo indique

No. de cuenta	Banco	Ciudad	País	Moneda

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

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

AUTORIZACIONES

En caso de aprobarse mi ingreso autorizo al Departamento de Nómina de _____ para que realice los descuentos por concepto de ahorros y aportes del salario mensual (70% si es salario integral) los cuales serán registrados: 90% en mi cuenta de ahorros permanentes y el 10% en mi cuenta de aportes sociales a partir del mes _____ los 15 y 30 , y futuras obligaciones que contraiga con el FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL.
 Autorizo el descuento del _____ % o \$ _____ (mínimo el 3% máximo el 10%)

Autorizo a FECARVAL, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Datacrédito, que administra la Asociación Bancaria y de entidades financieras de Colombia, o de cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignarán de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones. Igualmente, autorizo para que la notificación sobre el estado de mi obligación o cualquier comunicación que provenga de la entidad me sea informada por medio electrónico al correo registrado.

Por otra parte, me sujeto a las normas vigentes y aplicables sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo, a sabiendas que el FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL, busca cumplir con las normas generales y particulares sobre prevención y control al lavado de activos, establecer y utilizar mecanismos de prevención y control del lavado de activos, conocimiento del cliente, detección y reporte de operaciones sospechosas y control al financiamiento del terrorismo. Igualmente autorizo al FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL para que con respecto a todo título valor que entregue, bien sea con destino a ahorros del suscrito o en pago de obligaciones a mi cargo, cuando sea posible establecer la identificación del girador y/o de los anteriores tenedores de los mismos, pueda verificar que: 1) Los anteriores tenedores y el titular de los valores no se encuentren en alguna de las listas públicas internacionales o locales de personas señaladas como narcotraficantes, terroristas, sujetos a extinción de dominio y responsables fiscales o 2) Los anteriores tenedores y el titular no tengan medidas de incautación conocidas en el mercado en procesos por lavado de activos.

Por lo demás, el FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL, podrá cruzar en cualquier momento la información de sus bases de datos con las listas públicas internacionales y locales sobre personas investigadas por lavado de activos, financiación del terrorismo y extinción de dominio. Cuando quiera que la investigación arroje resultados positivos, se procederá a tomarlas decisiones pertinentes teniendo en cuenta las Políticas de Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y las normas vigentes.

Declaro conocer las políticas concernientes a la Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y disposiciones que rigen la materia y faculto al FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL, para bloquear inmediatamente mis ahorros y para exigir el pago de las obligaciones a cargo del mismo, una vez llegado el vencimiento de los títulos valores, cuando quiera que el suscrito llegare a estar vinculado de alguna manera a listas de pública circulación internacional o local relacionadas con delitos tipificados en Colombia como lavado de activos o financiación del terrorismo, así en Colombia no se hubiera iniciado investigación sobre el particular.

De igual forma autorizo descuentos indirectos determinados por estatutos y aprobados por asambleas como cuotas extraordinarias, actividades y cualquier otra que dé origen al vínculo de asociación.

En caso de retiro de la empresa patronal, autorizo sean descontados de mis prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, salarios, honorarios, pensión y cualquier otro valor a mi favor los saldos de crédito y demás obligaciones legales que tenga con el Fondo de Empleados.

Autorizo el manejo, uso y reporte de datos personales de acuerdo a lo contemplado en el decreto 1377 del 27 de junio de 2013-reforma parcial Ley 1581 de 2012, Ministerio de Industria y Comercio.

Autorizo mi retiro voluntario al encontrarme en algún listado restrictivo referente al lavado de activos y financiación al terrorismo.

ANEXOS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
 - * Para los asociados de otras nacionalidades deben anexar cédula de extranjería, pasaporte y permiso especial de permanencia para ciudadanos venezolanos.
- *Para pensionados se solicita fotocopia de la cédula de ciudadanía y constancia de la pensión.

FIRMA Y HUELLA

Atentamente



Firma y C.C.

Ciudad y fecha

EXPRESAMENTE DECLARO QUE CONOZCO Y ME SOMETO COMO ASOCIADO A LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DEL FONDO DE EMPLEADOS

Huella indice derecho

USO EXCLUSIVO PARA FECARVAL

TIPO DE AFILIACIÓN	Nuevo	Referido por			OBSERVACIÓN
	Reintegro	Motivo del retiro	SÍ	NO	
VALIDACIONES	SELECCIONE LOS APLICADOS		SÍ	NO	
	Recursos Humanos				
	Datos y Referencias				
	Listados Restrictivos (LA/ FT)				
	Consulta a centrales de riesgo				
	Antecedentes disciplinarios				
Otros					
APROBACIÓN	FUE APROBADO		SÍ	NO	No. ACTA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN: DD MM AAAA	HORA: :	FIRMA:
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA: GERENTE <input type="checkbox"/> OFICIAL DE CUMPLIMIENTO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		FECHA DE RECIBIDO: DD MM AAAA

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ASOCIADOS

1. AUTORIZACION DATOS DE EL ASOCIADOS

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo, previa, informada, consentida y expresa como titular de mis datos públicos, privados, semiprivados y sensibles (Huella dactilar, imágenes, video), que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL**, siendo tratados con la finalidad de prestar principalmente los siguientes servicios “fomentar el ahorro de los asociados con mira a generar recursos destinados especialmente a la satisfacción de necesidades de crédito, actividades comerciales, industriales y de servicios que contribuyan al mejoramiento económico, social y cultural de sus asociados y sus familiares, descuentos de nómina, Igualmente fomenta los lazos de respeto, solidaridad, compañerismo entre los asociados y desarrolla la integración social y económica, servicios de previsión, solidaridad, educación, vivienda y bienestar social de sus asociados y su grupo familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos, de igual modo autorizo la transferencia de datos a terceras entidades con las que el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL** tenga convenios en pro de los servicios que presta para beneficio del asociado como : aseguradoras, servicios exequiales, de turismo, telefonía y/o cualquier otro servicio que preste.

que serán incorporados en una base de datos, responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL** en su condición de entidad sin ánimo de lucro.

2. AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR

De igual forma autorizo para que los datos personales de mi cónyuge y/o integrantes de mi núcleo familiar en calidad de beneficiarios sean tratados por el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL** y si es el caso, en calidad de

representante legal del menor....., que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL**.

Declaro haber sido informado que no estoy obligado a suministrar ni autorizar el tratamiento de mis datos sensibles y que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la dirección de correo postal del **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** Calle 17ª N° 32 – 34 o a la dirección de correo electrónico gerencia.fecarval@pharmetiquelabs.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar.

Fdo.
CC:

Titular de los Datos

Fdo.
CC:

Representante Legal del Menor