



FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA

AFIILIACION
 ACTUALIZACION DE DATOS

CIUDAD	FECHA
--------	-------

INFORMACION PERSONAL

APELLIDOS:		NOMBRES:	
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD:	
No CEDULA:	EXPEDIDA EN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:	
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO	
SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	M. CABEZA DE HOGAR: SI NO <input type="checkbox"/>	DIRECCION:	
BARRIO:	CIUDAD:	TELEFONO	
DIRECCION ENVIO CORRESPONDENCIA:			
CIUDAD:		DPTO:	CORREO ELECTRONICO
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> U.LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>			

INFORMACION ACADEMICA Y LABORAL

ESTUDIOS REALIZADOS:	PRIMARIOS	SECUNDARIOS	TECNICOS
	TECNOLOGICOS	UNIVERSITARIO	
ULTIMO TITULO OBTENIDO:		AÑO:	
INSTITUCION:		DIRECCION:	
EMPRESA DONDE LABORA:		DEPARTAMENTO:	
TELEFONO:	CIUDAD:	TIPO CONTRATO:	
FECHA VINCULACION EMPRESA:		CARGO ACTUAL	
LUGAR DE TRABAJO:	DPTO:	CIUDAD:	DEPENDENCIA:
ASIGNACION SALARIAL MENSUAL:		OTROS INGRESOS:	
ORIGEN OTROS INGRESOS:			

DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

¿USTED DESEMPEÑA EN LA ACTUALIDAD O HA DESEMPEÑADO EN LOS ÚLTIMOS VEINTICUATRO (24) MESES CARGOS O ACTIVIDADES EN LOS CUALES:

¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? SI NO

¿Tiene o goza de reconocimiento 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 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

INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	ACTIVOS \$	<input type="text"/>
EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	PASIVOS \$	<input type="text"/>
OTROS INGRESOS	<input type="text"/>	CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input type="text"/>
Posee cuentas en moneda extranjera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Banco _____ Ciudad _____ País _____ Moneda _____ Nro. Cuenta _____			

INFORMACION FAMILIAR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CONYUGE:				
C.C No:		EXPEDIDA EN:		
PROFESION O ACTIVIDAD DEL CONYUGE:				
APELLIDOS Y NOMBRES DE LOS HIJOS	FECHA NACIMIENTO			NIVEL DE EDUCACION
	DIA	MES	AÑO	

PORCENTAJE DEL SALARIO BASICO PARA CUOTA MENSUAL DE APORTES Y AHORROS

* El % se actualizará con cada cambio de salario reportado del asociado.

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASOCIADO

EN CASO DE MUERTE DECLARO QUE DESIGNO COMO BENEFICIARIO (S) DE MIS APORTES, DEPOSITOS, SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES Y EN GENERAL DE CUALQUIER TITULO A MI NOMBRE EN FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA, A LAS SIGUIENTES PERSONAS.

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO IDENTIDAD	SEXO	PARENTESCO	% PARTICIPACION

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE LOS FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a Fondofarma, 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:

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. 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.
3. Eximo a Fondofarma, 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.
4. Autorizo a Fondofarma, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en Fondofarma tienen 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 documental exigida por Fondofarma para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

ACEPTACIÓN POLÍTICA TRATAMIENTO DE DATOS

De manera previa, voluntaria e informada autorizo al Fondo Empleados Farma de Colombia, como Responsable del Tratamiento, a tratar la información que he suministrado en este Formulario y la que en el futuro suministre con ocasión de mi vinculación al Fondo con el fin de que éste estudie, discuta, y decida sobre mi vinculación como asociado al Fondo; gestione todos los servicios de ahorro, crédito, auxilio y demás servicios que ofrece o llegara a ofrecer, directamente o a través de aliados o convenios; los transmita o transfiera a la Empresa Patronal o aliados para la asociación y adecuada prestación de servicios sociales; gestione cartera directamente o a través de terceros por cualquier medio de comunicación; me envíe información comercial, de productos, servicios, descuentos, alianzas, eventos y demás relacionada con el objeto y las actividades del Fondo, bien sea al correo electrónico, celular o cualquier canal de comunicación.

También se me ha informado que es voluntario responder preguntas que eventualmente me sean hechas ahora o en el futuro sobre datos sensibles (aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación), a menos que exista un deber legal que me exija revelarlos o sea necesario revelarlos para salvaguardar mi interés vital y me encuentre en incapacidad física, jurídica y/o psicológica para hacerlo. Consciente de lo anterior, de manera voluntaria autorizo desde ahora al Fondo de Empleados Farma de Colombia para que trate datos sensibles tales como mi huella dactilar para validar la autenticidad de documentos y títulos que firme, y el estado de salud e historia clínica para estudiar y decidir el otorgamiento de auxilios de calamidad y créditos de salud.

Manifiesto que en el caso de que suministre información personal de otros titulares (Incluida información sensible), cuento con su autorización para que sea tratada por el Fondo de Empleados Farma de Colombia para los fines indicados, y en todo caso para que sean contactados por el Fondo con el fin de validar y confirmar datos.

Como titular de los datos personales que estoy suministrando, sé que cuento con los derechos de conocimiento, acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión de los datos personales a los que el Fondo de Empleados Farma de Colombia dará tratamiento, los cuales puedo ejercer enviando un correo a fondo.empleados@farmadecolombia.com.co

El Fondo de Empleados Farma de Colombia me ha informado que cuenta con una Política de Tratamiento de Datos Personales que se encuentra disponible en <http://fondofarma.com.co/site/PDF/politicadedatos.pdf>

FIRMA DE ACEPTACION

DECLARO QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES VERIDICA Y QUE CUALQUIER INEXACTITUD ES DE MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA, PARA QUE POR INTERMEDIO DEL DPTO. DE NOMINA DE LA ENTIDAD DONDE MANTENGO VINCULO LABORAL ME DEDUZCA, RETENGA O COMPENSE DE MI SALARIO Y PRESTACIONES SOCIALES DEFINITIVAS LAS OBLIGACIONES QUE CONTRAIGAN LA ENTIDAD ASI COMO LAS DEMAS ACTUACIONES QUE DERIVEN DE ESTA RELACION

FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

HUELLA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS

LUGAR DE LA ENTREVISTA:	_____	HORA:	_____	FECHA:	_____
RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA:	_____				
VERIFICACION DE DATOS:	SI <input type="checkbox"/>	FIRMA Y NOMBRE DEL RESPONSABLE:	_____		
RESULTADO	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>	ACTA No:	_____	
OBSERVACIONES:	_____				