



FONDO DE EMPLEADOS FARMA DE COLOMBIA

AFILIACIÓN
ACTUALIZACIÓN DE DATOS

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

INFORMACIÓN PERSONAL			
APELLIDOS:		NOMBRES:	
TIPO DE DOCUMENTO : C.C ____ C.E ____ R.C ____ OTRO ____		NACIONALIDAD:	
No. CEDULA:	EXPEDIDA EN:	FECHA DE EXPEDICIÓN:	
FECHA DE NACIMIENTO:		LUGAR DE NACIMIENTO:	
SEXO: F M	M. CABEZA DE HOGAR: SI <input type="checkbox"/>	DIRRECCIÓN:	
BARRIO:	CIUDAD:	TELEFONO:	
DIRECCIÓN ENVIO DE CORRESPONDENCIA:			
CIUDAD:	DPTO:	CORREO ELECTRONICO:	
ESTADO CIVIL: SOLTERO ____ CASADO ____ U. LIBRE ____ VIUDO ____ SEPARADO ____			
PERSONAS A CARGO:	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ____ ARRENDADA ____ FAMILIAR ____		

INFORMACIÓN ACADÉMICA Y LABORAL			
ESTUDIOS REALIZADOS:	PRIMARIOS:	SECUNDARIOS:	TECNICOS :
	TECNOLOGICOS:	UNIVERSITARIOS:	
ULTIMO TITULO OBTENIDO:			
INSTITUCIÓN :		AÑO:	
FECHA DE VINCULACIÓN A LA EMPRESA:		TIPO DE CONTRATO:	
CARGO ACTUAL:		LUGAR DE TRABAJO:	
DPTO:	CIUDAD:	DEPENDENCIA:	
ASIGANCIÓN SALARIAL MENSUAL: \$		OTROS INGRESOS: \$	
ORIGEN DE OTROS INGRESOS:			
CUENTA BANCARIA NOMINA:			
BANCO:	AHORROS <input type="checkbox"/>	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	
EPS:	F/CESANTIAS:	F/PENSIONES:	

DECLARACIÓN 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:			
1. ¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene o goza de reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3. ¿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 1574 de 2016?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
4. ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES: \$		ACTIVOS: \$	
EGRESOS MENSUALES: \$		PASIVOS: \$	
OTROS INGRESOS: \$		CONCEPTO OTROS INGRESOS:	
POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
BANCO:	CIUDAD:	PAIS:	
MONEDA:	No. DE CUENTA:		

INFORMACIÓN FAMILIAR

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CONYUGE:

TIPO DE DOCUMENTO C.C ____ C.E ____ R.C ____ OTRO ____

NACIONALIDAD:

No. CEDULA:

EXPEDIDA EN:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL CONYUGE:

APELLIDOS Y NOMBRES DE HIJOS:	FECHA DE NACIMIENTO			NIVEL DE EDUCACIÓN:
	DIA	MES	AÑO	

PORCENTAJE DEL SALARIO BASICO PARA CUOTA MENSUAL DE APORTES Y AHORROS

El % se actualizara con cada cambio del salario reportado por el asociado o empresa:

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 el Fondo de empleados FARMA DE COLOMBIA a las siguientes personas:

APELLIDOS Y NOMBRE	No. IDENTIDAD	FECHA NCTO	SEXO	PARENTESCO	% BENEFICIO

DESEA AFILIARSE A LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA AHORROS?

SI

NO

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 POLÍTICAS 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 Formato 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>

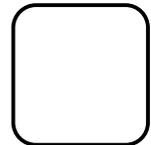
FIRMA DE ACEPTACIÓN

Declaro que la información consignada en el presente formulario es verídica y que cualquier inexactitud es de mi exclusiva responsabilidad.

Autorizo al fondo de empleados FARMA DE COLOMBIA, para que por intermedio del dpto. de nómina de la entidad donde mantengo vínculo laboral me deduzca, retenga o compense de mi salario y prestaciones sociales definitivas las obligaciones que contraiga con la entidad, así como las demás actuaciones que deriven de esta relación

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA

HUELLA

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS

LUGAR DE ENTREVISTA: _____ HORA: _____

FECHA: _____

RESPONSABLE DE LA ENTREVISTA: _____

VERIFICACIÓN DE DATOS: SI

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

RESULTADO: ACEPTADO RECHAZADO

ACTA No: _____

OBSERVACIONES: _____
