

**FONDEMUCH**FONDO DE EMPLEADOS DE LOS MUNICIPIOS  
DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO**FORMATO DE AFILIACIÓN**

Ciudad

Oficina

Fecha Vinculación

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellidos y Nombres

Sexo

M

F

Tipo de Documento

Expedida en

Código SAP

Mujer Cabeza de familia

C.C

C.E

N°

SI

NO

Estado Civil

No. Personas a cargo

Nivel educativo

Dirección Domicilio

Barrio

Tipo de Vivienda

Fecha nacimiento

CUENTA BANCARIA

Propia

Arriendo

Familiar

DIA

MES

AÑO

N°

BANCO

Ahorros

Corriente

Ocupación (Seleccione)

Municipio / Ciudad

Estrato

Estudiante

Independiente

Empleado

Hogar

Pensionado / a

No. Celular

Teléfono

Correo Electrónico

**2. DATOS LABORALES**

Nombre de la Empresa

Sede / División

Nómina

Cargo

Piso

Administrativa

Comercial

Dirección de empresa

Ciudad

Barrio

No. Teléfono y/o Ext.

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?

SI

NO

Tipo de Contrato

Ingreso a la Compañía

DD

MM

AAAA

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

SALARIO \$

Total Ingresos Mensuales:

Total Egresos mensuales:

Mes y año de corte de la información financiera suministrada

Mes

Año

Es declarante?

SI

NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:

**4. REFERENCIAS**

Personal

Dirección

Teléfono

Familiar

Dirección

Teléfono

Parentesco

**5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES**

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: \_\_\_\_\_ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FONDEMUCH a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente...2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FONDEMUCH con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que FONDEMUCH me suministre

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por FONDEMUCH 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a FONDEMUCH no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) FONDEMUCH me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

**6. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO**

**Beneficiarios:** El beneficiario puede ser a título gratuito, es decir puede ser cualquier persona que el asociado de FONDEMUCH desee colocar como tal. Cuando el AFILIADO a FONDEMUCH desee cambiar a su(s) BENEFICIARIO(S), tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito al Fondo. Favor diligenciar la siguiente tabla con el fin de introducir en nuestra base de datos el(los) nombre(s) de su(s) beneficiario(s), parentesco y porcentaje a asignar a cada uno en caso de fallecimiento:

**BENEFICIARIO (S)**

APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)	PARENTESCO	%

Por medio de la presente autorizo al Departamento de Recursos Humanos de **FONDEMUCH** para que de la remuneración a que tengo derecho se me descuenten con destino al **FONDEMUCH** las siguientes sumas:

**CUOTA DE AHORRO**

<b>PRIMERA QUINCENA</b>	
<b>SEGUNDA QUINCENA</b>	
<b>TOTAL MES</b>	

**FIRMA DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

Estos descuentos se efectuaran desde la \_\_\_\_\_ quincena del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**7. INFORMACION**

La Junta Directiva de FONDEMUCH se complace en darle la bienvenida como socio de nuestro Fondo de Empleados.

Nuestro objetivo es fomentar la solidaridad, el compañerismo, el ahorro, la unión de los pueblos, así como suministrar crédito y servicios de índole social que busque el mejoramiento de la calidad de vida de sus asociados y de su grupo familiar, a través de actividades de bienestar común, que permita lograr el crecimiento de las condiciones económicas, sociales, culturales y morales de forma sostenida de todos los asociados

**REQUISITOS DE ADMISIÓN**

Para ser admitido como asociado del Fondo requiere:

✦ Estar prestando sus servicios personales en los municipios del departamento del Chocó y entidades vinculadas.

✦ Ser mayor de 18 años y no estar afectado de incapacidad legal.

✦ Presentar la solicitud de ingreso.

**DERECHOS COMO SOCIOS**

✦ Participar en las actividades del Fondo y en su administración mediante el desempeño de cargos sociales.

✦ Ser informado de la gestión del Fondo de conformidad con los estatutos.

✦ Ejercer actos de decisión en las Asambleas Generales y de elección de éstas, en la forma prevista en Estatutos y Reglamentos.

✦ Fiscalizar la gestión del Fondo, Derecho que se ejercerá a través del Revisor Fiscal o Comité de Control Social.

✦ Retirarse voluntariamente del Fondo mientras este no se haya disuelto.

✦ Disfrutar en general de los servicios contemplados estatutariamente y en los reglamentos con las limitaciones y excepciones previstas.

**DEBERES COMO SOCIOS**

✦ Todos los asociados tendrán deberes y obligaciones con criterio de igualdad, salvo las contribuciones económicas que podrán graduarse teniendo en cuenta los niveles de ingreso salarial.

✦ Serán deberes fundamentales de los Asociados:

✦ Adquirir conocimiento sobre los objetivos, características y funcionamiento de los Fondos de Empleados en general y del Fondo al que pertenece en particular.

✦ Comportarse con espíritu solidario frente al Fondo de Empleados y sus asociados.

✦ Acatar las normas estatutarias y las decisiones tomadas por la Asamblea General y los órganos directivos y de control.

✦ Cumplir oportunamente las obligaciones de carácter económico y demás derivados de su asociación al Fondo.

✦ Abstenerse de efectuar actos que afecten la estabilidad económica o prestigio social del Fondo.

✦ Asistir a las Asambleas Generales, Extraordinarias o de Delgados según el caso.

✦ Cumplir los demás deberes que resulten de los estatutos y reglamentos que se expidan con posterioridad.

**RETIRO VOLUNTARIO**

Estará sujeto a las siguientes formalidades:

✦ Deberá solicitar por escrito a la Gerencia, la cual dispondrá de (15) días para devolverlo.

✦ No podrá tramitarse mientras el asociado no se encuentre al día con las obligaciones por todo concepto con el Fondo. Así mismo cuando al hacer el cruce de préstamos con los aportes y ahorros permanentes resulten sumas a cargo de este.

✦ En el caso de ser aceptado y quede saldo a favor del asociado retirado, dichas suma será girada en un tiempo de 30 días.

**REINGRESO**

Los asociados que se retiren voluntariamente del Fondo y soliciten su reingreso, deberán hacerlo dos (2) meses después de su retiro, contando con los siguientes requisitos:

✦ Presentar la solicitud de ingreso ante la Junta Directiva.

✦ Cumplir con los requisitos de Admisión.

**Firma del empleado solicitante:**

**8. AUTORIZACION PARA EL MANEJO DE INFORMACION PERSONAL**

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y como responsables del uso de los mismos, ponemos a su disposición en la pagina web [www.fondemuch.com.co](http://www.fondemuch.com.co) en la ventana (Descargue) en la que encontrará: El Aviso de Privacidad y Tratamiento de Datos y el Formato de Autorización de Tratamiento de Información. **REGISTRO DE AUTORIZACION PARA EL MANEJO DE INFORMACION PERSONAL:** Autorizo a FONDEMUCH a realizar el tratamiento de mis datos personales para los fines indicados en la presente política. Declaraciones del Asociado/Titular: Toda la información suministrada a FONDEMUCH es verdadera. Conozco los derechos y las condiciones para el tratamiento de datos indicados en la presente política. He sido informado acerca de la no obligatoriedad de las respuestas a las preguntas que me sean hechas, cuando estas versen sobre datos sensibles, tales como origen racial o étnico, orientación política, convicciones religiosas o pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales de derechos humanos, datos relacionados con la salud, vida sexual y datos biométricos o sobre los datos de los niño, niñas y adolescentes. Conozco los datos de contactos, punto de información y demás canales de comunicación por los cuales autorizo o modifico el tratamiento de mis datos personales.

**AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES:**

Firma: \_\_\_\_\_ SI  NO

**9. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

DOCUMENTO	SI	NO
Formato de Afiliación debidamente diligenciado y firmado		
Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)		

**10. FIRMA Y HUELLA**

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

_____ Firma Solicitante	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> Huella Índice Derecho
----------------------------	--

**11. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE**

Lugar	Fecha					Hora	
	año	mes	día	a.m.	p.m.		
Resultado	Aceptado			Rechazado			
Observaciones _____							
Nombre y firma Asesor oficina _____							

**12. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE**

Fecha año <input type="text"/> mes <input type="text"/> día <input type="text"/>	Hora a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	Teléfono
Nombre de la persona que atendió		Parentesco
Confirmación de la dirección		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	Observaciones
Nombre y firma Asesor oficina que verifica		
Nombre	Firma	
Nombre del Gerente General		Firma del Gerente General