# FORMATO DE AFILIACIÓN

**FONDO DE EMPLEADOS DE AGROSAN**
**- FONDESAN -**
**NIT: 811.012.643-1**

| CIUDAD | FECHA | | |
|---|---|---|---|
| | DÍA | MES | AÑO |
| | | | |

## INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS | | | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | |
| LUGAR DE NACIMIENTO / CIUDAD | FECHA DE NACIMIENTO DÍA: / MES: / AÑO: | | ESTADO CIVIL | NÚMERO DE HIJOS |
| CIUDAD Y DIRECCIÓN DE DOMICILIO / DEPARTAMENTO Y/O MUNICIPIO | | | | PROFESIÓN |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD | TELÉFONO DE CONTACTO | CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL | | |

## INFORMACIÓN LABORAL

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EMPRESA (Contratante) | FECHA DE INGRESO DÍA: / MES: / AÑO: | CARGO | MODALIDAD CONTRATO | |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO Y/O REGIONAL | SEDE | ÁREA | SALARIO BÁSICO $ | |
| TELÉFONO Y EXTENSIÓN | CORREO CORPORATIVO | PROFESIÓN / OCUPACIÓN | | |

## INFORMACIÓN DE INGRESO AL FONDO

| | | | |
|---|---|---|---|
| VALOR CUOTA DE AHORRO PERMANENTE | % AHORRO PERMANENTE | VALOR CUOTA DE AHORRO VOLUNTARIO | % AHORRO VOLUNTARIO |
| NÚMERO DE CUENTA BANCARIA | TIPO DE CUENTA ◉ AHORROS ○ CORRIENTE | ENTIDAD BANCARIA | |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

| | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS MENSUALES DERIVADOS DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL $ | | ¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? ○ SI ◉ NO | ¿CUALES? |
| OTROS INGRESOS $ | EGRESOS MENSUALES $ | | |
| ¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? ○ SI ◉ NO | | ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? ○ SI ◉ NO | NÚMERO DE CUENTA |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | TOTAL ACTIVOS: $ | | BANCO / MONEDA |
| | TOTAL PASIVOS: $ | | CIUDAD / PAÍS |

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

| NOMBRE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | PARENTESCO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## AUTORIZACIÓN, CONDICIONES Y COMPROMISOS

Al solicitar la afiliación al Fondo de Empleados, expresamente ACEPTO sus estatutos, reglamentos y demás disposiciones internas; igualmente, expresamente AUTORIZO al pagador de la empresa a la cual estoy vinculado, a efectuar las deducciones de las cuotas de aportes, ahorros, créditos y todas las demás deducciones que sean definidas de manera reglamentaria por los organismos sociales del Fondo. Así mismo, DECLARO que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. De conformidad con lo establecido en la ley 1581 de 2012 y en el decreto 1377 de 2013, con la afiliación al Fondo, RECONOZCO que el Fondo adquiere la facultad de administrar mis datos personales, incluyendo la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de información y datos personales; ENTIENDO que la administración de mis datos personales se hará para que se puedan ofrecer y suministrar información sobre los productos y servicios prestados por el Fondo y para que se pueda reportar y actualizar la información de mis obligaciones ante las centrales de riesgo e información comercial y/o financiera registrada la mora o el incumplimiento en las obligaciones crediticias contraídas con la entidad, expresamente renuncio a la notificación previa que se establece como condición necesaria para el reporte negativo ante las entidades de información comercial y/o financiera; de igual forma, ENTIENDO que los datos serán usados para garantizar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la administración de los riesgos de lavado de activos (LA) y financiación del terrorismo (FT). De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución Política, el Fondo garantizará que en cualquier momento puedan conocer, actualizar y rectificar los datos personales que le he suministrado a la misma entidad.

FIRMA DEL ASOCIADO

HUELLA

## ESPACIO EXCLUSIVO FONDO DE EMPLEADOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES | | | |
| FECHA DE ENTREVISTA | | HORA (24h) : | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA |
| DÍA | MES | AÑO | NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN |
| | | | |



FORMA 0002-02-2023 TU FONDO V.2