



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

FECHA DE ELABORACIÓN
Octubre 30 de 2019
Version No. 002

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

(Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras)

TIPO DE NOVEDAD:		Vinculación <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/>			CIUDAD Y FECHA DILIGENCIAMIENTO	
1. INFORMACIÓN PERSONAL						
NOMBRES COMPLETOS				PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
TIPO. DOC	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	No. DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN		
FECHA NACIMIENTO	D D M M A A A A	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	GENERO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL
RH	NÚMERO DE HIJOS	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD	SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
OCUPACIÓN		ACTIVIDAD ECONOMICA		CUENTA BANCARIA	BANCO	TIPO
EMPLEADO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>	No.		AH <input type="checkbox"/> CTE <input type="checkbox"/>
ESTRATO	No. TEL. FIJO	No. CELULAR	CORREO ELECTRONICO			
TIPO DE VIVIENDA	PROPIA <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	HIPOTECADA <input type="checkbox"/>	CIUDAD	DEPARTAMENTO
NIVEL EDUCATIVO	<input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER	<input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> TÉCNICO	<input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POST-GRADO	TÍTULO OBTENIDO	No. DE PERSONAS A CARGO	MUJER CABEZA DE FAMILIA
					SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. INFORMACIÓN LABORAL						
EMPRESA DONDE LABORA	DEPENDENCIA		CARGO		FECHA DE INGRESO	
DIRECCIÓN		CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO OFICINA		
3. INFORMACIÓN FINANCIERA						
SUeldo o ingreso mensual	\$	OTROS INGRESOS MENSUALES	\$	TOTAL INGRESO MENSUAL	\$	
DETALLE DE OTROS INGRESOS						
TOTAL EGRESOS MENSUAL	\$	TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$	
4. PERSONA POLÍTICA O PÚBLICAMENTE EXPUESTA						
GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO O POLÍTICO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS HA OCUPADO ALGÚN CARGO PÚBLICO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
POR SU CARGO O ACTIVIDAD, ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CARGO PÚBLICO	DURACIÓN EN EL CARGO		
EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA POLÍTICA O PÚBLICAMENTE EXPUESTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EN CASO DE RESPONDER SI A LA PREGUNTA ANTERIOR POR FAVOR RESPONDA	TIPO DE RELACIÓN	NOMBRE COMPLETO	CÉDULA
5. INFORMACIÓN FAMILIAR						
NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A)			EMPLEADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>		
TIPO. DOC	CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	No. DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	D D M M A A A A	NIVEL DE ESCOLARIDAD	PROFESIÓN
EMPRESA DONDE LABORA	DIRECCIÓN		CARGO	SALARIO \$		
No. CELULAR	CORREO ELECTRONICO		CIUDAD			
6. CONFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR						
NOMBRE COMPLETO		PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	
7. REFERENCIAS PERSONALES						
NOMBRES Y APELLIDOS		DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO/CELULAR		



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

FECHA DE ELABORACIÓN

Octubre 30 de 2019

Version No. 002

(Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras)

8. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

1. Obrando en nombre propio y de manera voluntaria doy certeza que toda la información aquí consignada es cierta y realizo la declaración de fuente de fondos al FONDO DE EMPLEADOS ETERNA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas legales:

* Los recursos que entrego en depósito o con los cuales estoy llevando a cabo las operaciones comerciales con el FONDO DE EMPLEADOS ETERNA proviene de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____

* Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no proviene de ninguna actividad ilícita de acuerdo con el código civil Colombiano.

* La información que he suministrado en este documento y en los anexos a la vinculación como asociado es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla cuando se requiera y por lo menos una vez al año y acepto que el FONDO DE EMPLEADOS ETERNA pueda proceder unilateralmente a la inactivación o incluso terminación de mi vinculación como asociado si desatiendo mi obligación de actualización.

2. Me obligo a:

* Respetar, cumplir y hacer cumplir las leyes, tratados y convenciones internacionales que Colombia haya suscrito en materia de anticorrupción.

* Implementar todas las medidas tendientes a evitar que mis operaciones puedan ser utilizadas sin mi conocimiento para encubrir actividades ilícitas. En tal sentido acepto que el FONDO DE EMPLEADOS ETERNA o quien ostente en el futuro sus derechos podrá dar por terminada la relación de asociación sin lugar a indemnización alguna en caso de ser investigado por alguna autoridad competente en cualquier modalidad delictiva o ser incluidos en listas de control de lavado de activos y financiación del terrorismo.

8. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS (HABEAS DATA)

1. Declaro que el FONDO DE EMPLEADOS ETERNA, como empresa de la Economía Solidaria y como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales me fueron informados correspondiente a las Políticas de tratamiento y Protección de Datos personales. Con ocasión de mi vinculación o retiro como asociado soy consciente de los derechos que me asisten para la protección, modificación o supresión de mis datos personales y los canales a través de los cuales puedo ejercer los derechos para conocer, actualizar, aclarar, rectificar la autorización y/ o presentar reclamos. En virtud de lo anterior y dentro del marco del Habeas Data (Ley 1581 de 2012, Decreto Ley 1377 de 2013, y demás leyes que regulen este tema.

a) Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS ETERNA o a quien represente u ostente en el futuro la calidad de contratante o cualquier calidad como titular de la información, de forma permanente, para que:

* Recolecte, consulte, actualice, modifique, procese y elimine la información referente a mi persona consignada o anexa a esta solicitud o proporcionada a través de cualquier otro medio (físico, virtual, telefónico o electrónico). La autorización es válida inclusive si no se perfecciona una relación contractual o de servicios.

* Soliciten, consulten, compartan, informen, reporten, procesen, modifiquen, aclaren, retiren o divulguen, ante las entidades de consulta de bases de datos u operadores de Información y riesgo, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los fines legalmente definidos para este tipo de entidades todo lo referente a relaciones o servicios prestados o sostenidos con otras entidades o personas.

* Consulten, soliciten o verifiquen información sobre mis datos de ubicación o contacto, los bienes o derechos que poseo o llegare a poseer y que reposaren en bases de Datos públicas o privadas o que conozcan personas naturales o jurídicas o se encuentren en buscadores públicos o redes sociales o en publicaciones en Colombia o en el Exterior.

* Compartan, transmitan, transfieran y divulguen mi información y documentación con otras entidades públicas o privadas, a fin de que las entidades usen mis datos, a partir de la recepción de los mismos para: gestionar, establecer, mantener, administrar y terminar la relación de asociación o para la prestación de servicios con terceros; administrar el riesgo de lavado de activos y de financiación del terrorismo; reportar información a las autoridades judiciales, aduaneras, de impuestos, y cualquier otra que lo requiera en virtud de sus funciones; tramitar mi vinculación como asociado; mantener actualizada mi información internamente y realizar análisis e investigaciones, de riesgos, financieras y de mercado.

2. Me obligo a:

* Suministrar información fidedigna y a mantener actualizado el presente registro, informando oportunamente al FONDO DE EMPLEADOS ETERNA algún cambio que afecte el contenido del mismo. En todo Caso me comprometo a actualizarla por lo menos 1 vez al año.

9. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE Y COMPARTIR INFORMACIÓN

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS ETERNA o quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información :

• Consulte, solicite, suministre, reporte, procese y divulgue, a las Centrales de información y Riesgo, todo lo referente a mi comportamiento como cliente del FONDO DE EMPLEADOS ETERNA en general, y en especial sobre los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro.

• Eleve las consultas pertinentes ante las Entidades de Control o frente a cualquier otra Central de Información, acerca de mi endeudamiento y de la información comercial disponible sobre el manejo y cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos.

• FONETERNA podrá efectuar el reporte negativo a los asociados que incumplan sus obligaciones crediticias transcurridos veinte (20) días calendario siguientes a la fecha de envío de la comunicación en la última dirección de domicilio del afectado que se encuentre registrada en los archivos del Fondo.

10. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza transacciones en moneda extranjera?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Con cuales paises?	Tipo de moneda?		
Posee cuentas en moneda extranjera	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. Cuenta	Banco	Ciudad	Pais
Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuales?			

<p>_____</p> <p>FIRMA DEL ASOCIADO</p>	<p>_____</p> <p>HUELLA DACTILAR</p>
--	-------------------------------------

PARA USO EXCLUSIVO DE FONETERNA

Fecha	La información es consistente formulario VS los soportes y la entrevista	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Funcionario que realiza la vinculación	Cargo	
Certifico que he cumplido con todas las políticas y procedimientos establecidos por Foneterna, para la vinculación del asociado y he adoptado todos los mecanismos de control establecidos.		
Nombre y firma del funcionario que realiza la afiliación	Nombre y firma del funcionario que realiza la confirmación de la información	



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

SEÑORES

ETERNA S.A. Y/O SUS FILIALES

Att. DEPARTAMENTO DE GESTION HUMANA

Ciudad

Respetados Señores:

Por medio de la presente solicito y comunico mi deseo de ingresar como asociado (a) del FONDO DE EMPLEADOS ETERNA FONETERNA, y por tanto me acojo a los estatutos y reglamentos del mismo.

Autorizo sea cargado como crédito, el valor \$ 17.556; correspondientes a la cuota de inscripción.

De ser aceptado mi ingreso como asociado (a) autorizo, en mi calidad de trabajador (a) de la Empresa, el descuento del 5% ó una cuota mensual fija de \$ _____ de mi salario, para ser trasladado como Aporte social y Ahorro Permanente al FONDO DE EMPLEADOS ETERNA FONETERNA cuya personería jurídica es No. 000731, emanada del Ministerio de Justicia.

Autorizo a ETERNA S.A., y/o sus filiales empresa a la cual me encuentro vinculado (a) para que:

* De mi salario, primas semestrales (legales y extra legales), auxilio de cesantías, indemnizaciones y demás prestaciones sociales, efectúe las deducciones que correspondan a la cuota quincenal o mensual pactada, para ahorro.

* Deduzca los dineros necesarios para cubrir las obligaciones de cualquier tipo que hayan surgido con el FONDO DE EMPLEADOS ETERNA FONETERNA en virtud del vínculo (obligaciones surgidas por créditos y cuentas de cobro de terceros, etc) y las cuales se cobren por el incumplimiento y/ò en aplicación de una cláusula aceleratoria (Ejemplo: La terminación del vínculo con el Empleador o con el Fondo de Empleados).

* Como generadora del vínculo de asociación, para suministrar, compartir, transmitir, procesar, almacenar mi información laboral, salarial, de nómina y descuentos al Fondo de Empleados con la finalidad de que el Fondo pueda realizar los estudios, análisis y capacidad de crédito, de igual forma para que ofrezca, promociones y realice campañas de mercadeo sobre los servicios

FIRMA DEL ASOCIADO (A)

HUELLA DACTILAR

Tipo de documento y Número _____



DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo, _____ de Nacionalidad _____ y nacido(a) el _____ del mes de _____ del año _____ en la Ciudad de _____ identificado(a) con Documento de identidad _____ No. _____ expedida en _____ declaro bajo gravedad de juramento que es mi libre deseo y voluntad que de acuerdo a la ley en caso de fallecimiento, mis aportes, ahorros y cualquier seguro a que tenga derecho sean entregados a las personas a continuación relacionadas:

NOMBRE COMPLETO	TIPO DE DOCUMENTO	No. DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE

En el caso de la devolución de aportes y ahorros dejo a salvo las normas que rigen el derecho sucesoral.

FIRMA DEL ASOCIADO (A)

||
||
HUELLA DACTILAR

Tipo de documento y Número _____