

Formato de Asociación



NIT. 800.097.913-8
 Personería Jurídica
 1408/90
 Bogotá, D.C.

CIUDAD Y FECHA		
DÍA	MES	AÑO

AFILIACIÓN REAFILIACIÓN ACTUALIZACIÓN DE DATOS

ASESOR COMERCIAL:

Por medio de la presente solicito a ustedes mi asociación al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO. Para el efecto suministro la siguiente información

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre(s) Completo(s):				
Tipo de Documento de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carne Diplomático <input type="checkbox"/>				
Número de Identificación:			Lugar y Fecha de Expedición:	
Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>			Departamento de Nacimiento:	
Ciudad de Nacimiento:			¿Tiene doble Nacionalidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál?	
Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Estado Civil		
Profesión / Oficio:				
Actividad Económica Principal: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Microempresa <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/>				
Descripción Actividad Económica CIUU:				
Correo Electrónico Personal:			Posee Carro: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Posee Moto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Número de Cuenta:		Tipo: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		Banco:

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa:				
Cargo:			Fecha de Ingreso: <input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	
Tipo de Contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Cuál:				
Salario:			Correo Electrónico Corporativo:	
Dirección Oficina:				
Ciudad:			Departamento:	
Teléfono Oficina:			Teléfono Móvil:	
¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en las cuales:				
Maneje Recursos Públicos o tengan poder de disposición sobre estos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Tiene o Goza de Reconocimiento Público: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿Tiene Familiares Hasta el Segundo Grado de Consanguinidad y Afinidad que Encajen en los Escenarios Descritos Previamente?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿Se Encuentra Actualmente Vinculado a otro Fondo de Empleados?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

DATOS DE RESIDENCIA

Dirección:				
Ciudad:			Departamento:	
Teléfono Fijo:		Tipo de Vivienda: Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Estrato:		
Envío de Correspondencia: Trabajo <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Personal <input type="checkbox"/> Correo Electrónico Corporativo <input type="checkbox"/>				

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre	Tipo de Docum.	Documento	Parentesco	Fecha de Nacimiento (DD) (MM) (AA)

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales:	Otros Ingresos:	Concepto:
Egresos Mensuales:	Total Activos:	Total Pasivos:
Total Patrimonio:	Posee Cuentas en Moneda Extranjera: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Banco:
País:	Ciudad:	Moneda:
N° Cuenta:	Realiza Operaciones en Moneda Extranjera: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	HUELLA ASOCIADO
Declaro que Realizo Transacciones en Moneda Extranjera: FIRMA		

VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO

Aportes Sociales: Entre el 5% máximo el 10% Mensual Quincenal Salario Integral entre el 3% máximo al 10% DÍA MES AÑO

Conozco y acepto el estatuto y reglamentos del FEG para mi asociación y la prestación de servicios, por lo tanto en mi condición de empleado de _____ de conformidad con el artículo 59 del C.S.T. y además de normas concordantes. Autorizo expresamente a descontar de mi salario, cesantías, vacaciones, prestaciones sociales legales y extra legales las sumas arriba indicadas en los plazos señalados, los cuales se trasladarán al Fondo de Empleados Granfondo en los tiempos pactados y/o descontar por débito automático de mi cuenta bancaria. Autorizo el envío de información a través de correo electrónico, mensajes de texto y cualquier otro medio de comunicación. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, el Titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es GRANFONDO, cuyas finalidades son 1) validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del cliente aplicable al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO FEG, (2) adelantar las acciones de cobro y de recuperación de cartera, en virtud del Objeto social de la organización y que sean incorporados en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a GRANFONDO a la dirección de correo electrónico protecciondatos@feg.com.co indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a Calle 59ª bis 5-53 oficina 303 en Bogotá.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al Fondo de Empleados GRANFONDO "FEG", 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:

- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación _____.
- 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.
- Eximo al Fondo de Empleados GRANFONDO "FEG", de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
- Autorizo al Fondo de Empleados GRANFONDO "FEG", para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el Fondo de Empleados GRANFONDO "FEG" tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
- 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 el Fondo de Empleados GRANFONDO "FEG" para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos _____ identificado con cédula de ciudadanía N° _____ expedida en _____, como asociado del Fondo de Empleados GRANFONDO "FEG" y _____, identificado con la cédula de ciudadanía N° _____ expedida en _____, en su calidad de REPRESENTANTE LEGAL del FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO "FEG", con Nit: 800.097.913-8 hemos celebrado el siguiente **CONTRATO DE MANDATO**, el cual se regirá de acuerdo con los lineamientos generales aquí contemplados y por la legislación aplicable, de acuerdo a las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** El asociado _____ quién en este contrato se denominará el **MANDANTE**, le confiere al FONDO DE EMPLEADOS GRANFONDO "FEG" quién se denominará el **MANDATARIO**, para que en nombre del primero (mandato con representación) o en el de este (mandato sin representación) ejecute los actos de comercio que se definen a continuación. **SEGUNDA:** El **MANDATARIO** se obligará a adquirir directamente y a su nombre para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos, bienes y servicios que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar, siempre que desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular. **TERCERA:** El **MANDATARIO** se obliga a entregar al **MANDANTE** una orden de compra debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos por el **MANDANTE**. **CUARTA:** El **MANDATARIO** no podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización del **MANDANTE**. **QUINTA:** Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el **MANDATARIO** se prestarán de forma **GRATUITA**, y solo se trasladarán al **MANDANTE** aquellos valores diferentes que se tengan que cubrir con ocasión de circunstancias especiales creadas por este. **SEXTA:** El **MANDANTE** podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas con el **MANDATARIO**, y siempre atendiendo aquellas que el **MANDANTE** considere más favorables para sí.

Se firma en la Ciudad de Bogotá D.C., a los () días, del mes de _____, del año 2.0_____.

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

FIRMA ASOCIADO C.C.	 HUELLA ASOCIADO	REPRESENTANTE LEGAL C.C.
-------------------------------	---------------------	------------------------------------

SECCIÓN EXCLUSIVA DEL FEG

INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista: _____

Fecha de la Entrevista: Resultado: Aceptado Rechazado

Observaciones: _____

Firma

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación:

Nombre y Cargo de quien Verifica: _____

Observaciones: _____

Firma