

FECHA DE SOLICITUD:

1. DATOS PERSONALES

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			CABEZA DE HOGAR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	N° DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN	FECHA EXPEDICIÓN DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO		N° PERSONAS A CARGO
LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> U.LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)				NACIONALIDAD
NIVEL ACADÉMICO (Marque el último estudio realizado). <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> PD			CORREO ELECTRONICO		TIPO VIVIENDA <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRIENDO	
DIRECCIÓN DOMICILIO*				TEL		ESTRATO
BARRIO	DEPARTAMENTO	CIUDAD		CEL		

2. SITUACIÓN LABORAL (Diligencie esta información si es empleado).

PROFESIÓN:	CARGO	OTRAS ENTIDADES COOPERATIVAS Y/O FONDOS DE LA QUE ES ASOCIADO
------------	-------	---

3. REFERENCIAS Diligencie completamente los campos con referencias familiares (F) y personales (P)

F	APELLIDOS Y NOMBRES:*	CELULAR*
P	APELLIDOS Y NOMBRES:*	CELULAR*

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR Relacione en este espacio el grupo familiar con quien vive.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	IDENTIFICACIÓN	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (En caso de ser insuficiente el espacio, favor adjuntar hoja adicional).

INGRESOS MENSUALES \$ (Salario Actual)	TOTAL EGRESOS MENSUALES \$	Es Declarante de Renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
OTROS INGRESOS MENSUALES \$	ACTIVOS \$	Tiene familiares tipo PEP's ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TOTAL INGRESOS MENSUALES \$	PASIVOS \$	Es un PEP's ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Origen de los otros Ingresos que recibe (Especifique)	Descripción de sus Activos:	Si la respuesta es afirmativa. Especifique: Nombres y Apellidos N° Identificación Cargo Empresa/ Entidad de trabajo

6. Información de Operaciones Internacionales

¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera?	SI NO	Préstamos Inversiones	Importador Exportador	Pago de Servicios Otros, ¿Cuales? _____	Envío/Recepción de Giros y Remesas
--	----------	--------------------------	--------------------------	--	------------------------------------

⁽¹⁾ PEP'S: Son personas políticamente y/o públicamente expuestas nacionales o extranjeras que por razón de su cargo manejan recursos públicos, o tienen poder de disposición sobre éstos o gozan de reconocimiento público. (Dec.1674 de 2016) -Familiares: Aplica para sociedad conyugal, de hecho o derecho, familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas.

7. Declaración de Origen de Bienes y/o Fondos.

- 1.) Los bienes que poseo han sido adquiridos a través de: Compraventa Donación Herencia R. Judicial No poseo bienes
- 2.) Los recursos que entregue provienen de la siguientes fuentes: Salarios y demás Pagos Laborales Honorarios y Comisiones Ventas Netas
 Intereses y Rendimientos Financieros Dividendos y Participaciones Otras, ¿Cuáles? _____
- 3.) País origen de los recursos: Colombia Otro, cuál? _____ Ciudad Origen de los Recursos _____
- 4.) Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione. 5.) No admitiré que terceros efectúen pagos a mis productos con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

Declaración de Afiliación

Por la presente solicito mi admisión como asociado(a) al fondo de empleados de CODEMA, me adhiero y someto a los estatutos y reglamentos, autorizo los descuentos citados y los aprobados por la Asamblea General de Delegados. Declaro que los datos contenidos en el presente formulario son correctos.

Autorizaciones de Consulta, Verificación y otras.

I. Autorizo a FONDECOD para que: Solicite, almacene, consulte, comparta, informe, reporte, rectifique, procese, modifique, actualice, aclare, retire o divulgue, ante Operadores de Información y Riesgo, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, todo lo referente a mi información financiera, comercial y crediticia (presente, pasada y futura) o de mi representada, incluyendo mis datos biométricos, y aquella relacionada con los derechos y obligaciones originados en virtud de cualquier contrato celebrado u operación que haya llegado o llegare a celebrar personalmente o a quien represento. **II. Consulta en centrales de Riesgos:** Autorizo a FONDECOD, o a quien represente sus derechos a reportar, procesar y solicitar a la central de la información Financiera, que administra la Asociación bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, toda la información referente a mi comportamiento comercial. **III Protección de Datos:** Sus datos personales serán usados por FONDECOD para comunicarnos y tramitar los servicios que ofrecemos en cumplimiento de nuestro objeto social dentro de los límites máximos establecidos en la ley y normatividad vigente. Cualquier inquietud relacionada con el tratamiento de sus datos personales, puede solicitarla a través del correo electrónico: fondcod@codema.com.co

Manifiesto que todos los datos aquí consignados, son ciertos, que la información que adjunto es veraz y demostrable, y autorizo su verificación ante cualquier persona, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación con FONDECOD, y *me comprometo a actualizarla o confirmarla al menos una vez al año* o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Igualmente me obligo a informar a FONDECOD cualquier cambio en la información relacionada con: (i) los datos de contacto, (ii) el lugar de residencia fiscal, y (iii) el lugar de domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca el cambio.

Revocatorias

FONDECOD podrá dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocios con el suscrito o mi representada, teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los contratos de los diferentes productos, las siguientes: (i) cuando alguno de los dos figure en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades; (ii) cuando alguno de los dos se encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera; (iii) cuando alguno de los dos figure en requerimientos de entidades de control, noticias, tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT).

AFILIACIÓN (Diligencie este espacio en caso de Afiliación)

DESCUENTOS AUTORIZADOS

Solicito a Ustedes la afiliación al Fondo de Empleados de CODEMA, con un aporte quincenal de \$ _____ a partir de la fecha de aprobación.

- PAGO NÓMINA
 PAGO CAJA

Acta. No _____

Fecha Aprobación: ____ / ____ / ____

 Presidente(a)

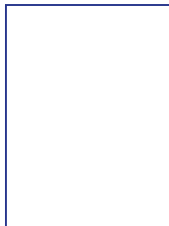
 Secretario(a)

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente formulario.

 Nombres y Apellidos:

 Firma

 ID



HUELLA DACTILAR

DOCUMENTOS ANEXOS

Formulario completamente diligenciado	X
Copia del documento de identificación	X
Constancia de ingresos (desprendible, certificación de ingresos y retenciones)	X

***Los demás exigidos para el trámite específico de los servicios y de acuerdo a los reglamentos y políticas establecidas.**

PARA USO EXCLUSIVO FONDECOD

EMPLEADO QUE REALIZA LA ENTREVISTA:	CONSULTA EN LISTAS VINVLANTES	OBSERVACIONES
	FECHA: _____ HORA: _____	
VERIFICADO POR:	FECHA DE ENTREVISTA	HORA: