

Fecha de Diligenciamiento

DIA	MES	AÑO

SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA
FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO
FORMATO 1
FONDO DE EMPLEADOS DE OPEN MARKET



Ingreso Actualización

A PERSONAS NATURALES

1. N° Identificación		Lugar y Fecha de Expedición		
2. CC	TI	CE	Pas	3. Nombres y Apellidos
4. Dirección domicilio		5. Barrio		6. Ciudad
7. Teléfono(s) domicilio		8. Celular		
9. Dirección Trabajo		10. Teléfono		
11. Fecha de ingreso a la Compañía		12. Contrato		13. Ciudad Laboral
14. Salario		15. Salario Integral <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		16. Aprendiz Sena <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
17. Personal de Planta		18. Administrativo		19. Comercial
20. Estudios		Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>		
21. Correo electrónico		22. Estrato		23. Mujer cabeza de hogar <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
24. Ocupación, oficio o profesión		25. Fecha de nacimiento		
26. Lugar de Nacimiento		27. Genero <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
28. Estado civil		Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
29. Valor cuota mensual		quincenal		30. CIUU Actividad Principal
31 Régimen Común o Simplificado				

INFORMACIÓN FINANCIERA

32. Ingresos mensuales derivados de su actividad principal		34. Total activos	
Otros ingresos (especificar)		35. Total pasivos	
33. Egresos mensuales			

B. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

36. Realiza operaciones en moneda Extranjera		SI	NO	Cuáles	
37. Posee cuentas en moneda extranjera		SI	NO	BANCO	CIUDAD
38. Monto Op Me		Banco	N° Cuenta	MONEDA	PAIS
Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera					
39. Tipo /vvida.		40. Personas a Cargo		41. Ingresos: Efectivo <input type="checkbox"/> Consigna <input type="checkbox"/> Concepto	
42. Nombre del banco		43. Cuenta Número		44. Clase: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
45. Fondo Cesantías		46. EPS		47. Fondo Pensiones	
48. Grupo sanguíneo		49. Rh			
50. Lugar y/o bodega en la cual labora					
51. Nombre de la empresa que paga su salario					
52. ¿Ejerce algún grado de poder público?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Administrar recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Es familiar de alguna persona públicamente expuesta?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Es usted el beneficiario final de las transacciones que realiza en el Fondo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Actúa en nombre propio? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Mencione a las personas que conviven con usted

Parentesco				Nombre y Apellidos	Fecha nacimiento AAA MM DD	Tipo y número de identificación		
Cónyuge	Padres	Hijos	Otro			C.C.	T.I	Número
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES

Nombre y Apellido	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS

Libre y espontáneamente manifiesto que en caso de retiro de FONOPEN por causa de muerte real o presunta, mis aportes, ahorros, auxilios y demás beneficios o derechos económicos que resulten a mi favor sean entregados a las personas y en las proporciones que se indican enseguida.

BENEFICIARIOS PRINCIPALES DE DERECHOS ECONÓMICOS

Parentesco				Nombre y Apellidos	% DE PARTICIPACION	Tipo y número de identificación			Fecha de nacimiento AAA: MM: DD:
Cónyuge	Padres	Hijos	Otro			C.C.	T.I	Número	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FIRMA ASOCIADO

HUELLA



Los datos personales que solicitamos tienen como finalidad:

- Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, concursos, para facilitarle el acceso general a la información de éstos;
- Proveer nuestros servicios;
- Informar sobre nuevos servicios, dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes, proveedores, y empleados;
- Informar sobre cambios de nuestros servicios;
- Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos.

Le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente, los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud o prestación de servicios o relación con FONOPEN, serán recogidos en una base de datos con la finalidad arriba señalada dicha base de datos se conserva y administra bajo responsabilidad de FONOPEN, o los terceros que para tal fin se designe. La base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos.

Con la aceptación, el titular autoriza el tratamiento de sus datos para la finalidad mencionada y reconoce que los datos suministrados en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información, quedando informado que la falsedad u omisión de algún dato supondrá la imposibilidad de prestar correctamente el servicio.

Debe tener presente, la posibilidad que tiene de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo un comunicación escrita al responsable de tratamiento a la dirección arriba indicada como los siguientes datos: Nombre y Apellido, domicilio a efectos de notificaciones, peticiones en que se concreta la solicitud, fecha, firma de las personas interesadas. Para su comodidad, pueda ejercer estos mismos derechos a través del sitio web de FONOPEN: www.fonopen.co

En señal de aceptación de lo anterior, consiento y autorizo que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en la presente autorización.

53. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales y en especial a lo contemplado en la circular Externa 006 de 2014 expedida por la superintendencia de la Economía solidaria, DECLARO de manera voluntaria y dando certeza que todo lo consignado es cierto, que:

1. Los dineros y recursos entregados a FONOPEN provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad económica, negocio, etc. _____)
2. Los dineros y recursos entregados a FONOPEN no provienen de actividades ilícitas, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.
3. Los dineros y recursos recibidos de FONOPEN no serán destinados a fines ilícitos, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.

Autorizo a FONOPEN para que cancele, salde o de por terminado todas las operaciones, negocios o contratos, en el caso de cualquier infracción cometida por los numerales anteriores, eximiendo a FONOPEN de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de violación en el mismo.

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA E INCLUSIÓN DE DATOS FINANCIEROS A LA CENTRAL DE RIESGOS.

Autorizo a FONOPEN, o a quien represente sus derechos en el futuro la calidad de ACREEDOR, a reportar procesar, consultar, solicitar y divulgar a la central de riesgos que maneje o administre base de datos, toda la información referente a mi comportamiento comercial o vida crediticia, además de tener conocimiento que la LEY DE HABEAS DATA 1266 de 2008, obliga a FONOPEN a reportar la información crediticia mensualmente.

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA Y RECIBIR INFORMACIÓN

Yo _____ identificado con C.C. No. _____ De _____; Atorizo, permito y acepto, a través de mi firma, y a la fecha, el envío de información, notificaciones y/o comunicación oficial de FONOPEN a la siguiente dirección de correo electrónico personal _____ de la cual declaro que soy el usuario, siendo responsable por mantener y conservar la disponibilidad para recepción de mensajes de correo electrónico por FONOPEN a través de medios electrónicos conserva la misma confiabilidad, trazabilidad y validez jurídica probatoria que los envíos realizados por medios físicos.

FIRMA ASOCIADO

HUELLA



INFORMACION FONOPEN				INFORMACION FONOPEN			
Lugar de la entrevista:				Fecha de la verificación de la información: DD: MM: AAA:			
Fecha entrevista	DD:	MM:	AAA:	HORA:	Observaciones:		
Observaciones:				Se presentaron inconsistencias en la información verificada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre del analista responsable:				Nombre de quien verifica la información:			
Firma del analista responsable:				Firma de quien verifica la información:			
C.C.				C.C.			
VALIDACION DE LISTAS							
Fecha de la validación: DD: MM: AAA:				Nombre del responsable:			

Fecha de la digitación _____

Fecha de la digitalización _____

Nombre y firma de quien digita la información _____

Nombre y firma de quien realiza el proceso: c.c. _____

Resultados: Aceptado Rechazado

FECHA Y FIRMA GERENTE FONOPEN