



FORMATO DE AFILIACIÓN

TIPO DE DILIGENCIAMIENTO ☐ Ingreso ☐ Reingreso

CIUDAD/ MUNICIPIO DE LA SOLICITUD

Todos los campos son obligatorios, si no cuenta con algún dato por favor trace una línea horizontal en el campo respectivo.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO Día Mes Año

INFORMACIÓN PERSONAL	1.Primer Apellido		2.Segundo Apellido		3.Primer Nombre		4.Segundo Nombre		
	5. Tipo de Identificación		6. N° de Identificación		7. Fecha de expedición de la cédula		8. Lugar de expedición de la cédula		
	CC ☐ CE ☐ PASAPORTE ☐				Día Mes Año				
	9. Lugar de nacimiento		Departamento		10. Fecha de nacimiento		11. Género		
	Ciudad/Municipio				Día Mes Año		Femenino ☐ Masculino ☐		
	12. Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional								
	☐ ☐ ☐ ☐ ☐								
	Pueblos indígenas ☐ Población diversa / LGBTIQ+ ☐ Población Afrocolombiana ☐ Cúal?								
	13. Correo Electrónico Personal				14. Número de celular personal		15. Celular		
	16. Dirección de residencia				17. Barrio		18. Ciudad		19. Departamento
20. Estrato Socioeconómico		21. N° personas a cargo		22.Cabeza de familia		23.Estado civil			
				SI ☐ NO ☐		Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐ Separado ☐			
24. Grado de estudios						25.Título Obtenido			
Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Pregado ☐ Especialización ☐									
Maestría ☐ Doctorado ☐ Otro ☐									
26.Tipo de Vivienda			27. Posee Vehículo Propio?		28. Actividad económica:			29. Código CIU:	
Propia ☐ Alquilada ☐ Familiar ☐			SI ☐ NO ☐		Empleado ☐ Pensionado/Jubilado ☐				
			Moto ☐ Carro ☐ Otro ☐						
30. ¿Tiene familiares afiliados al FONDO DE EMPLEADOS DE SOFTWAREONE?			31. Parentesco:		32. Nombres y apellidos:				
SI ☐ NO ☐									
33			SI ☐ NO ☐		¿Es una persona políticamente expuesta - PEP?			SI ☐ NO ☐	
¿Administra recursos públicos?									

INF.LABORAL	Nombre de la empresa:		Ciudad / Municipio:		Departamento:	
	Fecha de ingreso a la empresa		Cargo Actual		Tipo de contrato	
				Indefinido ☐ Fijo ☐ Obrar labor ☐ Estación de Servicios ☐		
Día Mes Año						

DECLARACIÓN DE INGRESOS	Ingresos mensuales		\$		Especifica el origen de tus otros ingresos	
	Otros ingresos		\$			

MONEDA EXTRANJERA	A) Realiza operaciones en moneda extranjera		SI ☐ NO ☐		¿Cuáles?	

REFERENCIAS	DATOS DEL CÓNYUGUE O COMPAÑERO (A)					
	Nombres y Apellidos		Celular	Ocupación	Nombre empresa donde labora	
	REFERENCIAS QUE NO VIVAN CON USTED					
	Familiar- Nombres y apellidos		Parentesco	Número de contacto	Ocupación	Nombre empresa donde labora
	Personal - Nombres y apellidos		Relación	Número de contacto	Ocupación	Nombre empresa donde labora

BENEFICIARIO	En caso de fallecimiento o incapacidad total o permanente, designo como beneficiario de mis aportes y ahorros a la siguiente persona (Mayor de Edad):						
	Tipo de I.D	Nº identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco	Actividad Económica / Ocupación	Teléfono / Celular

AHORROS	% OBLIGATORIO	%	Mínimo 3% y Máximo 10% del Salario Básico (Ajustable con incremento salarial)
	Ahorro Voluntario	\$	Rentabilidad 3% EA
	Ahorro Educativo	\$	Rentabilidad 6% EA
	Ahorro Vacacional	\$	Rentabilidad 6% EA
	Ahorro Navideño	\$	Rentabilidad 6,5% EA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro expresamente que:

* Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación- oficio - actividad o negocio):

* Mi actividad, profesión u ocupación es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el código civil colombiano.

* Los recursos y beneficios que se deriven de mi relación como asociado de FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

* La información que he suministrado en este documento y en los anexos a la vinculación como asociado es veráz y verificable y me obligo a actualizarla cuando se requiera y por lo menos una vez al año.

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 conocimiento y consentimiento para encubrir actividades ilícitas.

En tal sentido acepto al FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS o a quien obstante en el futuro sus derechos podrá dar por terminada la relación de asociado sin lugar a indemnización alguna en caso de ser investigado por alguna autoridad competente en cualquier modalidad delictiva o ser incluidos en listas de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

HÁBEAS DATA

AUTORIZACIÓN Y REFRENDACIÓN DE USO DE DATOS PERSONALES

Con el objeto de garantizar el derecho constitucional a la protección de datos, requerimos de su autorización para mantener su información en nuestra base de datos. Le solicitamos indicarnos su aprobación expresa o su solicitud de retiro de la base de datos dentro de los 30 días hábiles siguientes a la presente comunicación.

Le informamos que el Fondo de Empleados SomosMás, cuenta dentro de su información con datos como: Nombre, dirección electrónica, documento de identidad, cédula, contactos familiares y otros datos suministrados al momento de diligenciar el formulario de Solicitud de Afiliación y/o de solicitud de Crédito; dicha información es utilizada exclusivamente para permitir el acceso a nuestros productos y servicios. La información suministrada por usted, está debidamente protegida y no es compartida, ni suministrada a ningún tercero, excepto si la ley o una autoridad judicial o administrativa la solicitan para cumplir sus fines. Acorde con el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, si dentro del término arriba señalado usted no ha manifestado o informado su intención de que sus datos sean suprimidos de nuestra base de datos, entenderemos que nos está autorizando para el tratamiento de la información. Además sus datos personales serán consultados en las listas públicas, restrictivas y vinculantes para dar cumplimiento con la normativa nacional e internacional e interna en materia de SARLAFT.

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIONES

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ AUTORIZO a FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS, para ordenar a mi compañía empleadora descontar mensualmente de mi nómina, las deducciones correspondientes a mi Aporte Social y Ahorro Permanente, tambien cuotas de ahorros voluntarios y de créditos que me fuesen concedidos, en el caso que no se me descuente por nómina, me comprometo a pagar las cuotas en fechas acordadas con el Fondo, a través de consignación o transferencia al número de cuenta 005 697 685 60 Ahorros Bancolombia a nombre de FONDO DE EMPLEADOS DE SOMOSMÁS. De igual forma autorizo a FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS, a La Empresa y a los Fondos de Pensiones y Cesantías, para que se deduzca de las cesantías, primas especiales y ocasionales, indemnizaciones, liquidación definitiva, salario o pensión de jubilación, los valores que adeude a FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS en concordancia con artículos 55 y 56 del decreto Ley 1481 de 1989; hasta por el total del saldo que adeudo a la fecha de mi retiro.

Tener presente que cuando se desvinculan del fondo de empleados pierden la calidad de asociado y en caso de tener servicios diferentes al ahorro y crédito como pólizas, medicina prepagada, entre otros, nosotros debemos retirarlos dentro del mismo mes en que se produce el hecho. Para retiros Voluntarios debe estar a paz y salvo con el fondo de empleados y en todo caso el Fondo de Empleados de SoftwareOne dispone de 30 días hábiles para la consignación de los remanentes a su favor.

AUTORIZACION DE CONSULTA EN LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente al FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS para consultar, reportar, actualizar, rectificar y obtener de las centrales de riesgo información relacionada con el comportamiento crediticio y de los demás bancos de datos autorizados para tales efectos, en general toda aquella información que sirva de referencia para el análisis del crédito y su permanencia hasta que el FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS o las centrales de información lo consideren necesario.

CONDICIONES Y COMPROMISOS

Al actualizar mis datos como asociado (a) del FONDO DE EMPLEADOS SOMOSMÁS reafirmo mi compromiso de aceptar los estatutos, reglamentos y disposiciones en general de la entidad, así mismo adjunto los siguientes documentos:

- Fotocopia de Cédula de Ciudadanía

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

INFORMACIÓN DE USO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS - ASESORÍA Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha verificación de información					Nombres y apellidos de persona responsable de verificación de información	Cargo	Firma			
Día	Mes	Año	Hora							