DD MM AA

# Formulario de vinculación de asociado

FonSer+
Fondo de Empleados Hospital Alma Máter de Antioquia

Ingreso ☐ Reingreso ☐ Actualización ☐

## Información personal

Nombres | Sexo M F | Tipo de sangre | Nacionalidad

Primer apellido | Segundo apellido

Tipo de documento CC CE PAS PPT | Nº de identificación | Expedido en Ciudad / Departamento | Fecha de expedición DD MM AA

Estado Civil
Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐
Separado(a) ☐ Unión libre ☐

Lugar de nacimiento Departamento / Municipio | Fecha de nacimiento DD MM AA

Dirección | Departamento | Ciudad | Barrio | Estrato

Zona
Rural ☐ Urbana ☐

Tipo de vivienda
Familiar ☐ Propia ☐ Arrendada ☐

Celular | Correo electrónico

¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? Sí ☐ No ☐

Niños, niñas y adolescentes ☐ Mujer cabeza de familia ☐ NAAR/ Pueblos indígenas ☐ Mayores de 60 años ☐

Víctima del conflicto armado ☐ Población diversa / LGBTIQ+ ☐ Persona con discapacidad fisica, mental o sensorial ☐ Persona en condición de pobreza extrema ☐

Nivel de estudios
Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico o tecnólogo ☐ Universitario ☐ Postgrado ☐

## Referencia familiar

Nombres y apellidos | Cédula | Parentesco | Contacto

## Información laboral

Nombre de la empresa | Cargo | Tipo de contrato Indefinido ☐ Término fijo ☐ | Fecha de vinculación DD MM AA

Dirección empresa | Departamento | Municipio | Teléfono

## Líneas de ahorro

Ahorro estatutario $ | Ahorro Navidad $ | Ahorro Vacaciones $ | Ahorro Educación $ | Otros $

## Información financiera

Entidad Financiera | Total activos

Tipo de Cuenta
Ahorro ☐ Corriente ☐

Número de Cuenta | Total pasivos

Salario

$

Otros ingresos

$

Total patrimonio

Concepto de otros ingresos

## PREGUNTAS: Personas Expuestas Políticamente PEP (Aplica para cónyuge y/o compañero permanente)

¿Administra recursos públicos? Sí No

¿Es un asociado Persona Políticamente Expuesta PEP? Sí No

## Operaciones en moneda extrajera

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera Sí No ¿Cuáles?

Posee cuentas en Moneda Extranjera Sí No

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera Firma

## Autorización descuentos de nómina

Autorizo a mi empleador, y me responsabilizo de la firma, para el descuento periódico por nómina de los salarios, prestaciones, indemnizaciones o cualquier otro concepto a que tenga derecho y/o fondo de cesantías en los que tengo consignadas mis cesantías, para que, en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas, sean descontados y pagados directamente a los saldos debidos en su favor por los créditos y servicios otorgados por cualquier concepto, inclusive valores pagados de más. Para este efecto declaro suficiente la certificación del Fondo de Empleados Fonsermás sobre el saldo debido a su favor.

## Declaración de orígenes de fondos

Con el propósito de dar cumplimiento a lo estipulado por la Superintendencia de la Economía Solidaria y las normas legales, referentes a los servicios de ahorro y crédito, realizo la siguiente declaración sobre el origen de los bienes y/o recursos:

1. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
2. Declaro que conozco y aplico las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.
3. Declaro que los recursos que entregaré a FONSERMAS no provienen de ninguna actividad ilicita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la modifique o adicione.
4. Declaro que no permitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas o cancelen obligaciones a mi nombre con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la modifique, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con ellas.

## Autorización reporte a centrales de riesgo y registro bases de datos

Autorizo al Fondo de Empleados Fonsermás para que exclusivamente y para fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos, Registro Nacional de Base de Datos y listas de riesgo, sobre todas mis operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubieren otorgado o se me otorguen en el futuro. También que las notificaciones y requerimientos sean enviados (voz y texto) a mis datos de contacto aquí registrados, y los que reposan en la base de datos de mi empleador. Igualmente autorizo para que a cualquier hora me contacten para brindarme información pertinente al Fondo de Empleados de Fonsermás. Todas las llamadas entrantes y salientes son grabadas y monitoreadas y son utilizadas para garantizar un mejor servicio, y como medio probatorio.

## Autorización General para el envió de información

Autorizo voluntariamente a FONSERMAS, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones que realice con dicha entidad, y/o información sobre obligaciones crediticias y/o información de campañas comerciales realizadas por el Fondo; a través de cualquier medio de comunicación. La información puede enviarse al teléfono celular y/o correo electrónico reportado como de mi uso o propiedad.

Acepto Sí No

## Autorización publicación de videos y fotografías

Autorizo al Fondo de Empleados Fonsermás a publicar imágenes y/o videos en los que aparezca para que sean reproducidos o puestos a disposición y comunicados para el fin de promocionar los beneficios y servicios del Fondo de Empleados por cualquier medio a nivel corporativo y externo incluidas las redes sociales. Acepto que al autorizar el uso de mi imagen sobre los videos y las fotografías el al Fondo de Empleados Fonsermás, está facultado para alterar, adaptar o modificar dichas imágenes a su discrecionalidad y que no seré compensado(a), por lo tanto, reconozco que no tendré derecho a alguno para exigir al Fondo de Empleados Fonermás suma alguna por la reproducción, comunicación corporativa y explotación de los videos y fotografías para los fines indicados en este documento. Con el consentimiento expreso brindado autorizo el uso de mi nombre, imagen, fotografía y voz sin que sea una violación o vulneración a los derechos a la publicidad, intimidad e identidad.

## Protección de datos

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Ley 1377 de 2013, y demás leyes que regulen el tema de Habeas Data, declaro que el Fondo de Empleados Fonsermás, como responsable del tratamiento y protección de mis datos personales, recolectados en virtud de mi calidad como asociado me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información para la protección, modificación o supresión de estos.

1. Recolectar, consultar, actualizar, modificar, procesar, y eliminar la información referente a mis datos personales, consignados en esta solicitud y sus anexos o proporcionada a través de cualquier otro medio.
2. Soliciten, consulten, compartan, informen, reporten procesen, modifiquen, aclaren, retiren, o divulguen, ante las entidades de consulta de bases de datos públicas o privadas u operadores de información y riesgo, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con fines legalmente definidos para este tipo de entidades todo lo referente a relaciones o servicios prestados o sostenidos con otras entidades o personas.
3. 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 o cualquier otra que requiera en virtud de sus funciones.

** Estoy informado y me comprometo a actualizar mis datos como minimo una vez al año y al momento que sea solicitado por el fondo.

***En constancia de haber leido, entendido y aceptado lo anterior, firmo la presente Formato de Vinculación, garantizando que la información que he suministrado es cierta y verificable.

Firma del vinculado _____

Huella (Opcional)

## Espacio exclusivo para FONSER+

Información de la asesoría

Nombre y Apellido

Cargo

Fecha y Hora

DD MM AA : :