	FORMATOS DE CALIDAD	No. de Envío: 15
	FORMULARIO DE ASOCIACIÓN	Fecha: 2023/09/15 Página: 1 de 2 Código: FQ/FTL-05

CIUDAD	FECHA:	DÍA	MES	AÑO
--------	--------	-----	-----	-----

A. INFORMACIÓN PERSONAL													
NOMBRES Y APELLIDOS					ESTADO CIVIL								
C.C.	C.E.	PAS.	#	DE	FECHA DE EXPEDICIÓN		DÍA	MES	AÑO				
GÉNERO	M	F	PROFESIÓN		NACIONALIDAD								
LUGAR DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO		FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO					
ASOCIADO ES PADRE O MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI NO NINGUNA													
A QUE GRUPO ÉTNICO PERTENECE: INDIGENA AFROCOLOMBIANO RAIZAL ROM (Gitano) PALENQUERO NINGUNA													
LUGAR DE RESIDENCIA: AREA URBANA AREA RURAL													
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ARRENDADA FAMILIAR LEASING													
DIRECCIÓN DOMICILIO					BARRIO								
CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO			CELULAR						
ESTRATO (Indique con una X) 1 2 3 4 5 6													
NIVEL ACADÉMICO		PRIMARIA		BACHILLERATO		TÉCNICO		UNIVERSITARIO		ESPECIALIZACIÓN		MAESTRÍA	
E-MAIL													
ACTIVIDAD CULTURAL					ACTIVIDAD DEPORTIVA								
POSEE VIVIENDA PROPIA		SI		NO		POSEE VEHICULO		SI		NO			
OTRAS PROPIEDADES		SI		NO		CUALES							
DECLARA RENTA		SI		NO									


B. INFORMACIÓN FINANCIERA									
No DE CUENTA:		TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE BANCO:							
INGRESOS MENSUALES DERIVADOS DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL									
OTROS INGRESOS (ESPECIFICAR)									
EGRESOS MENSUALES									
ACTIVOS \$		PASIVOS \$			PATRIMONIO \$				

C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA									
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI NO CUALES									
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA SI NO BANCO MONEDA									
No. CUENTA CIUDAD PAIS									
DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA									
FIRMA CLIENTE								HUELLA	

D. GRUPO FAMILIAR Y BENEFICIARIOS											
Diligenciar la información de su grupo familiar primario y beneficiaros de Auxilio de Defunción y Donación											
NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD				PARENTESCO	*FECHA DE NACIMIENTO			TELEFONO	% AUXILIO POR DEFUNCION	% DONACION
	DIA	MES	AÑO								
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							
	RC	TI	CC	PAS							

*Fecha de Nacimiento: Obligatorio diligenciamiento cuando el parentesco sean hijos.
*Hijos (De Consanguinidad o Reconocidos Legalmente)

E. REFERENCIAS				
VÍNCULO	NOMBRE	CIUDAD	CELULAR	TELÉFONO FIJO
Personal				
Familiar				



FORMATOS DE CALIDAD

FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

No. de Envío: 15

Fecha: 2023/09/15

Página: 2 de 2

Código: FQ/FTL-05

F. DEDUCCIONES AUTORIZADAS POR NÓMINA

APORTE OBLIGATORIO:
Es el aporte obligatorio quincenal o mensual que da la calidad de asociado, y se constituye entre el 3% al 10% del salario básico.

APORTE EXTRAORDINARIO:
Son los ahorros adicionales que el asociado desea hacer y se constituyen a partir de \$ 10.000 quincenales o \$ 20.000 mensuales.

- Marcar con una (X):
Q (si el pago es quincenal), M (si el pago es mensual).

AHORRO VOLUNTARIO

AHORRO NAVIDEÑO

AHORRO VACACIONAL

AHORRO EDUCATIVO

AHORRO CUMPLEAÑOS

AHORROS MI VEHICULO

\$

\$

\$

\$

\$

\$

Q

M

Q

M

Q

M

Q

M

Q

M

OBSERVACIONES

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

En virtud de lo establecido en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013 y artículo 15 de la constitución política el cual reglamenta lo previsto en la Ley 1581 de 2012, se dictan disposiciones para la Protección de Datos Personales que desarrolla el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar todo tipo de información recogida o que haya sido objeto de tratamiento de datos personales en bancos o bases de datos y en general en archivos de entidades públicas y/o privadas. Nuestro propósito es lograr una eficiente comunicación relacionada con los productos, promociones y/o servicios, que ofrecemos, dar respuesta a sus inquietudes, dar acceso a contenidos de nuestros sitios web y realizar actividades y concursos. El tratamiento de datos sensibles es de uso exclusivo de FONATLAS, no serán entregados a terceros, salvo si el asociado incumple con las obligaciones adquiridas con nuestra entidad. FONATLAS ha implementado procedimientos que garantizan la seguridad, transparencia y correcto uso de la información, de tal manera que se impida el acceso indeseado por parte de terceras personas, asegurando la privacidad de la misma.

Autorizo uso medios electrónicos: Acepto y autorizo de manera expresa que FONATLAS envíe notificaciones, estados de cuenta y demás notificaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensajes móviles).

CONFORME Y AUTORIZACION

De acuerdo a la información que he recibido sobre el funcionamiento y servicios que presta Fonatlás, solicito la admisión como asociado activo para disfrutar de los beneficios que ofrece el fondo y extenderlos a mi grupo familiar. En caso de ser aprobada mi solicitud, me comprometo a cumplir con todas las normas, disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias que rigen en Fonatlás.

De conformidad con lo dispuesto en el estatuto solamente podré retirarme de Fonatlás una vez me encuentre a paz y salvo con esta entidad por todo concepto y podré reingresar según lo establecido en el estatuto de Fonatlás y de ser aceptada la presente solicitud de ingreso del suscrito, autorizo al pagador de _____ o donde llegase a laborar, para que descuente periódicamente de los derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera a Fonatlás, las sumas correspondientes a los aportes sociales ordinarios o extraordinarios y/o demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación aquí surgido. De igual forma autorizo para que me sea descontado de las primas, vacaciones, cesantías indemnizaciones y demás emolumentos que por la relación laboral me lleguen a corresponder.

Declaró que la información aquí consignada es veraz y puede ser ratificada por Fonatlás en cualquier evento. Autorizo expresa y voluntariamente a Fonatlás para que de forma directa o a través de terceros, reciba, reporte, verifique, procese, archive y/o transmita información comercial, personal, económica y financiera sobre mi comportamiento comercial y el cumplimiento de mis obligaciones. Autorizo irrevocablemente a que se incorpore mi nombre, apellidos y cédula en los archivos de cualquier entidad dedicada a este menester, exonerando de toda responsabilidad a Fonatlás. Autorizando que obtenga de cualquier fuente y/o reporte a las centrales de información de riesgo mis nombres, apellidos, identificación e información referente al manejo de mis créditos comerciales, mis hábitos de pago en este sentido y en general sobre el cumplimiento de mis obligaciones de índole mercantil o pecuniario. Declaro además que recibí la información sobre el seguro de cartera (Póliza Grupo Deudores) entendiendo que si llegara a fallecer por alguno de los motivos que cubren la póliza, mis aportes y ahorros correspondientes serán reintegrados en su totalidad a mis beneficiarios.

En caso de que la compañía de seguros por algún motivo no cubra mis obligaciones autorizo a Fonatlás hacer el procedimiento normal de cobro una vez realizado el respectivo cruce de cuentas.

Autorizo usar las imágenes, videos y/o fotografías en las que aparezca yo o mi grupo familiar; que sean tomadas durante las actividades o eventos organizados por FONATLAS y participemos de ellos. Dichas fotografías podrán ser utilizadas en cualquier tipo de medio publicitario de FONATLAS; así como ser modificadas según la necesidad. Este derecho no es transferible a terceros y esta sujeto a las limitaciones que por ley estén definidas.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ obrando de manera voluntaria me permito realizar la siguiente declaración de origen de fondos y bienes a FONATLAS, con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular externa 003 de 2014, expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas legales para el control de las actividades de lavado de activos vigentes de Colombia: El Origen de Fondos o los recursos y los bienes y servicios que se ofertarán provienen directamente de:

Declaro que esta fuente de fondos en ningún caso involucra actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y por lo tanto no hemos prestado nuestro nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a nombre nuestro. La información aquí suministrada corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación contractual con FONATLAS o con quien represente sus derechos

Autorizo a FONATLAS a cancelar cualquier contrato o producto que mantenga FONATLAS en el caso de comprobarse cualquier infracción de las normas legales tendientes al control de lavado de activos de acuerdo con la legislación colombiana vigente, o que se llegare a expedir y, eximo a FONATLAS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. Declaro que he sido informado de la obligación que tengo de actualizar mi información por lo menos una vez al año.

Es persona públicamente expuesta (maneja recursos públicos o detentan algún grado de poder) SI___ NO___

Es persona que goza de reconocimiento público (persona famosa) SI___ NO___

Usted tiene un familiar que goza de reconocimiento público (persona famosa) SI___ NO___ Parentesco _____

*** IMPORTANTE: Este formulario debe tener anexo, fotocopia de la cédula de ciudadanía.**

Recibo Informacion para consultar el LINK con la Cartilla de Beneficios de Fonatlás

SI ☐ NO ☐

FIRMA TRABAJADOR

HUELLA

DATOS LABORALES (CAMPO EXCLUSIVO PARA FONATLAS - VALIDACION CON GH)

FECHA INGRESO

DÍA

MES

AÑO

EMPRESA

TIPO CONTRATO

CARGO

SUELDO ACTUAL

\$

No. TELÉFONO

TIPO DE NOMINA

OFICINA DE PAGO

ACTIVIDAD ECONOMICA

CIIU No.

DIRECCION

DEPARTAMENTO

MUNICIPIO