FORMATO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS



**Afiliación: Actualización de datos: Reingreso:**

**Fecha de Diligenciamiento M: D: A:**

# Ciudad:

**DATOS DEL AFILIADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Primer apellido:** | | **Segundo Apellido:** | **Nombres:** | | | | **Sexo:**  **F** | **M** | |
| **Tipo de documento:** |  | **No. Identificación:** | **Fecha de expedición:** | **Ciudad de expedición:** | **Fecha de nacimiento:** | **Ciudad de nacimiento:** | **Estado civil:**  S C | U.L | V |
|  |  |  | **Mes Día Año** |  | **Mes Día Año** |  |
| C.C. C.E. P.P | Otro |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION DE CONTACTO** | | | | | | | | | | | |
| **Dirección de residencia:** | **Barrio:** | | **Ciudad:** | **Departamento: Estrato** | | **:** |  | **Tipo de vivienda:**  **PROPIA ARRIENDO** | **FAMILIAR** | **HIPOTECA** | **OTRO** |
| **E- Mail personal:** | | **E-Mail corporativo:** | | | | | **Teléfono celular:** | | | **Teléfono fijo:** | |
| **Marque donde desea recibir correspondencia :** | **Residencia:** | | **Correo corporativo:** | **Correo personal:** |  | **Celular:** | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION LABORAL, OCUPACION, ACTIVIDAD, PROFESIÓN** | | | | | | | | | | |
| **Empleado: Pensionado:** |  | **Retirado:** |  | **Empresa donde labora:** | | | | **Cargo:** | | |
| **Sede o Planta:** | | | | **Área:** | | | **Dirección Oficina:** | | | **Ciudad:** |
| **Tipo de Salario** |  | **Salario** |  | **Tipo de Contrato** | | | **Fecha de inicio de contrato** | | **Fecha de finalización de contrato**    **Mes Día Año** | |
| **Integral: No integral:** | **$** |  |  | **Definido: Indefinido:** | | | **Mes Día Año** | |
| **Nivel de estudios**  **Primaria: Secundaria:** |  | **Técnico:** | **Tecnólogo:** | | **Universitario:** | **Posgrado:** | | **Profesión o título obtenido** | | |

**%**

**Coloque el porcentaje de su salario que desea ahorrar, entre el 1% y el 10% de su salario básico mensual:**

**APORTES A REALIZAR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACION BANCARIA** | | |
| **BANCO** | **TIPO DE CUENTA**  **Ahorro: Corriente:** | **No. CUENTA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACION FINANCIERA** | | | | | |
| **Ingresos mensuales** | | **Egresos mensuales** | | **Activos** | |
| **Salario fijo:** | **$** | **Gastos familiares:** | **$** | **Bienes raíces:** | **$** |
| **Salario variable:** | **$** | **Arriendo:** | **$** | **vehículos:** | **$** |
| **Arrendamiento s** | **$** | **Cuota hipoteca:** | **$** | **Otros activos:** | **$** |
| **Bonificaciones:** | **$** | **Otros créditos:** | **$** | **TOTAL ACTIVOS:** | **$** |
| **Otros ingresos:** | **$** | **Otros Gastos:** | **$** | **Pasivos** | |
| **TOTAL INGRESOS:** | **$** | **TOTAL EGRESOS:** | **$** | **TOTAL PASIVOS:** | **$** |
| **Conceptos de otros Ingresos:** | | | | **Descripción de otros activos:** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Maneja recursos públicos? Si** | **No** | **¿Es funcionario público? Si** | **No** | **¿Tiene reconocimiento público?** | **Si** | **No** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEREDEROS LEGITIMOS DE AHORROS Y APORTES EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO** | | | | | | | | | | | |
| **Parentesco** | **Nombres y Apellidos** | **Tipo de Identificación** | | **Identificación** | **Lugar de nacimiento** | **Fecha de nacimiento** | | | | **Depende económicamente** | |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **Mes** | **Día** |  | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **Mes** | **Día** |  | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **Mes** | **Día** |  | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **Mes** | **Día** |  | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **Mes** | **Día** |  | **Año** | **Si** | **No** |

2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el

Código Penal Colombiano u otra norma que lo modifique o adicione.

**Huella**

**Firma del asociado**

Yo, identificado con nombre(s) y documento de identidad indicado en este documento, obrando en

nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado, es cierto y verificable, realizo la siguiente declaración de origen y destinación de fondos a FONDEARGOS de conformidad con las normas que regulan en Colombia los asuntos relacionados con la prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo: 1. Declaro que el origen de mis recursos y patrimonio proviene del desarrollo de las siguientes actividades:

**DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FAMILIARES ASEGURADOS EN LA POLIZA DE VIDA NO CONTRIBUTIVA** | | | | | | |
| Fondeargos, a través de la compañía SURA SEGUROS, auxilia sin costo una póliza de vida para los asociados y su grupo familiar básico. La cobertura por fallecimiento aplica a partir de que el asociado cumpla los 3 meses de antigüedad con el fondo, por un valor hasta **$ 3,000,000**. Puede asegurar 3 personas de su grupo familiar así:   * **Asociado casado: Cónyuge o compañero(a) permanente e hijos (as) menores de 30 años.** * **Padres menores de 71 años y/o hijos (as) menores de 30 años**   **Nota: Hijos (as) con algún tipo de discapacidad ingresan sin límite de edad.**  Esta póliza no permite incluir a beneficiarios que presenten las siguientes enfermedades crónicas: cáncer, leucemia, SIDA, VIH, insuficiencia renal o cardiaca, infarto del miocardio, enfermedad cerebrovascular, diabetes y epilepsia, trasplantes de órganos vitales (hígado, pulmón, páncreas y corazón) igualmente los familiares de los asociados (as) que conozcan o estén en un proceso de evaluación de una incapacidad parcial, total y permanente, les impida, realizar su labor diaria por tener una pérdida de la capacidad mayor o igual al 50%. | | | | | | |
| **Parentesco** | **Nombres y Apellidos** | **Tipo de Identificación** | **Identificación** | **Lugar de nacimiento** | **Fecha de nacimiento** | **Depende económicamente** |
|  |  | C.C T.I N.U.I.P |  |  | **Mes Día Año** | **Si**  **No** |
|  |  | C.C T.I N.U.I.P |  |  | **Mes Día Año** | **Si**  **No** |
|  |  | C.C T.I N.U.I.P |  |  | **Mes Día Año** | **Si**  **No** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BENEFICIARIOS DE LA POLIZA DE VIDA NO CONTRIBUTIVA (En caso de fallecimiento del asociado)** | | | | | | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos** | **Identificación** | **Tipo de Identificación** | | **Identificación** | **Parentesco** | **%**  **Beneficio** | **Fecha de nacimiento** | | | **Depende**  **económicamente** | |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **%** | **Mes** | **Día** | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **%** | **Mes** | **Día** | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **%** | **Mes** | **Día** | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **%** | **Mes** | **Día** | **Año** | **Si** | **No** |
|  |  | C.C T.I | N.U.I.P |  |  | **%** | **Mes** | **Día** | **Año** | **Si** | **No** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MIEMBROS DEL NUCLEO BASICO FAMILIAR** | | |
| Relacione los miembros de su núcleo familiar para su registro en las actividades de Bienestar Social. Puede ser de primer y segundo grado de consanguinidad. | | |
| **Nombre familiar 1:** | **Parentesco:** | **Fecha nacimiento: Mes** **Día** **Año** |
| **Nombre familiar 2:** | **Parentesco:** | **Fecha nacimiento: Mes** **Día** **Año** |
| **Nombre familiar 3:** | **Parentesco:** | **Fecha nacimiento: Mes** **Día** **Año** |
| **Nombre familiar 4:** | **Parentesco:** | **Fecha nacimiento: Mes** **Día** **Año** |
| **Nombre familiar 5:** | **Parentesco:** | **Fecha nacimiento: Mes** **Día** **Año** |



**AUTORIZACIONES GENERALES**

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO ARGOS Y FILIALES SIGLA FONDEARGOS identificado con Nit 890.114.655-3 es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal para las siguientes finalidades: (1) Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono u otro medio; (2) Generar estadísticas internas; (3) Generar facturas; (4) Realizar actividades de gestión administrativa; (5) Realizar análisis de perfiles; (6) Realizar la formalización de ajustes o acuerdos de pago; (7) Realizar la verificación de datos o referencias suministradas con terceros o entidades; (8) Realizar la verificación de requisitos jurídicos, técnicos y/o financieros; (9) Realizar prospección comercial; (10) Recibir y gestionar requerimientos sobre productos o servicios, atención a los titulares (Gestión PQR); (11) Consultar, solicitar,reportar,procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento, financiero y comercial; (12) Consultar en listas vinculantes para diligencias relacionadascon SARLAFT.

Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos,

incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii)

Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Puede ejercer sus derechos siguiendo el procedimiento descrito en nuestra política, la cual puede consultar escribiéndonos un correo electrónico a [osilvera@argos.com.co](mailto:osilvera@argos.com.co) o ingresando a nuestra página web https://[www.fondeargos.org](http://www.fondeargos.org/)

Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO ARGOS Y FILIALES SIGLA FONDEARGOS para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

**Firma del asociado**

**Huella**

**C.C**

**Información de la Entrevista (Espacio exclusivo para el Consultor de Servicio y Bienestar)**

**Verificación de Información (Espacio exclusivo para la Analista Administrativa)**

**Nombre de la persona que realiza la entrevista**

**Nombre de la persona que verifica la información**

**Fecha:**

**Hora:**

**Fecha:**

**Hora:**

**Firma:**

**Firma:**

**¿Se realizó consulta del tercero con este formato en la lista CLINTON, ONU y otras? Si:**

**No:**

**Nombre de la persona que realizo la consulta:**

**Resultado:**

**Satisfactorio:**

**Insatisfactorio:**

**Fecha y hora**

**ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL FUNCIONARIO DE FONDEARGOS**

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT