

**FONDO DE EMPLEADOS DE INTERASESORES INTERFONDO**

NIT 900172451-0

www.interfondo.co - email: fondointerfondo@hotmail.com

Calle 227 49 - 64 Tel 6684890 Ext 118 Cel 311 4831997

CIUDAD Y FECHA

DIA

MES

AÑO

AFILIACIÓN

REAFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN
DE DATOS

Por medio de la presente solicito a ustedes mi asociación al FONDO DE EMPLEADOS INTERFONDO. Para el efecto suministro la siguiente información

OBLIGATORIO: Anexar fotocopia de la cedula**Información Personal**

Nombre(s) Completo(s):

Tipo de Documento de Identificación: C.C. C.E. T.I

Número de Identificación:

Fecha y Lugar de Expedición Documento Identificación:

Fecha y Lugar de Nacimiento:

Genero

Estado Civil

¿Tiene doble Nacionalidad? SI NO

¿Cuál?

Correo Electrónico Personal:

Profesión:

Número de Cuenta Banco:

Tipo: Ahorros

Corriente

Banco:

Datos de Residencia y Ubicación

Dirección:

Barrio:

Estrato:

Ciudad:

Departamento:

Tel:

Celular:

Tipo de Vivienda: Arriendo Familiar Propia

Contacto en caso de Emergencia:

Tel:

Información Laboral

Empresa:

Cargo:

Fecha de Ingreso:

Tipo de Contrato: Indenido: Fijo: Otro: Cuál:

Correo Corporativo:

Salario:

Dir de Oficina o Sede:

Ciudad:

Nivel Academico:

Información Financiera

Ingresos Mensuales

Otros Ingresos:

Concepto

Egresos Mensuales:

Total Activos:

Total Pasivos:

Total Patrimonio:

Bienes Inmuebles: Casa : Apto: Otro:

Hipoteca: SI NO

Entidad

Direccion:

Barrio:

Valor Comercial

Vehiculo: Publico Particular

Marca:

Modelo:

Placa:

Valor Comercial

Pignorado: SI NO

Asegurado: SI: NO:

Aseguradora:

Motocicleta: SI NO

Marca:

Modelo:

Placa:

Valor Comercial

Pignorado: SI NO

Asegurado: SI: NO:

Aseguradora:

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en las cuales:

Maneje Recursos Públicos o tengan poder de disposición sobre estos? SI NO

Tiene o Goza de Reconocimiento Público: SI NO

¿Tiene grado de Poder Público o desempeña una función Pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?: SI NO

¿Tiene Familiares Hasta el Segundo Grado de Consanguinidad y Afinidad que Encajen en los Escenarios Descritos Previamente?: SI NO

¿Se Encuentra Actualmente Vinculado a otro Fondo de Empleados?: SI NO

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO ¿Cuál? _____ ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO

Informacion Grupo Familiar

BENEFICIARIOS PRESTACION DE SERVICIOS

Nombre	Tipo de Documento	Numero de Documento	Parentesco	Fecha de Nacimiento
				(DD) (MM) (AA)

REFERENCIAS FAMILIAR/PERSONAL (por favor diligencie una referencia familiar y una personal que no vivan con usted)

Nombre	Parentesco	Celular	Barrio	Direccion

Como conocio de INTERFONDO

Induccion

Gestion Humana

Compañero
Nombre

Institucion: _____

**FONDO DE EMPLEADOS DE INTERASESORES INTERFONDO**

NIT 900172451-0

www.interfondo.co - email: fondointerfondo@hotmail.com

Calle 227 49 - 64 Tel 6684890 Ext 118 Cel 311 4831997

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de muerte declaro que designo como beneficiario (s) de mis aportes, depósitos, seguro de vida y en general de cualquier título a mi nombre en el FONDO DE EMPLEADOS DE INTERASESORES INTERFONDO, a las siguientes personas:

Nombre	% de Participación	Tipo y N° de Documento	Parentesco	Fecha de Nacimiento		
				(DD)	(MM)	(AA)

VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO

Aportes Sociales (Permanente-Entre el 5% máximo el 10% de su Salario Basico) % _____ Mensual _____

OTROS AHORROS VOLUNTARIOS:

Ahorro Disponible (Desde el 5% de un SML vigente) Valor Mensual de ahorro \$ _____

Ahorro Navideño (Desde la suma de \$10.000) Valor Mensual de ahorro \$ _____, se renueva automáticamente en el mes de febrero, solo podrá realizar el retiro en el mes de Diciembre

Autorizo expresa, permanente e irrevocable al pagador de la entidad empleadora, asociativa o a quien corresponda el pago de mi salario, para que efectúe las deducciones y retenciones de nomina y sean giradas a favor de INTERFONDO, para el pago concepto de aportes, ahorros y de mas obligaciones que adquiera con el Fondo, en la prioridad establecida. En caso de presentarse la terminación del contrato laboral de la empresa por cualquier causa, autorizo en iguales términos al pagador para que el saldo de mi (s) obligación (es), sea cubierta con la liquidación final de prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones o cualquier cantidad de dinero que se genere a mi favor. De igual forma autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable desde ahorra a INTERFONDO para que efectúe operaciones crédito o débito de cualquier cuenta que posea en la entidad en donde sean consignados los recursos que me correspondan por concepto de salario y/o mesada pensional, con destino a obligaciones que por cualquier concepto adquiera con el Fondo. Conozco y acepto el estatuto y reglamentos del INTERFONDO para mi asociación y la prestación de servicios, por lo tanto en mi condición de empleado de _____ de conformidad con el artículo 59 del C.S.T. y además de normas concordantes. Autorizo expresamente a descontar de mi salario, cesantías, vacaciones, prestaciones sociales legales y extra legales las sumas arriba indicadas en los plazos señalados, los cuales se trasladarán al Fondo de Empleados INTERFONDO en los tiempos pactados y/o descontar por débito automático de mi cuenta bancaria. Autorizo el envío de información a través de correo electrónico, mensajes de texto y cualquier otro medio de comunicación. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, el Titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es INTERFONDO, cuyas finalidades son 1) validar la información en cumplimiento de la exigencia legal de conocimiento del cliente aplicable al FONDO DE EMPLEADOS INTERFONDO, (2) adelantar las acciones de cobro y de recuperación de cartera, en virtud del Objeto social de la organización y que sean incorporados en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Puede usted ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a INTERFONDO a la dirección de correo electrónico fondointerfondo@hotmail.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 227 49 64

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al Fondo de Empleados INTERFONDO, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo: 1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación _____. 2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo. 3. Eximo al Fondo de Empleados INTERFONDO, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis armaciones. 4. Autorizo al Fondo de Empleados INTERFONDO, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario. 5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en el Fondo de Empleados INTERFONDO tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas. 6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo. 7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por el Fondo de Empleados INTERFONDO para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS

Autorizo expresa e irrevocablemente a INTERFONDO o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial, a la central de Información Financiera – CIFIN – y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines ó a quien representen sus derechos. El comportamiento del cumplimiento y manejo, presente y pasado frente a mi(s) obligación (es), permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos, con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a esta, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que por ser públicos, conozco plenamente.

De acuerdo a lo estipulado en la ley 1581 de 2012 autorizo a INTERFONDO para que de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, pueda: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados desde el momento de mi afiliación. Esta información ha sido y será utilizada en el desarrollo de procesos internos del Fondo de Empleados. Conforme a lo anterior, autorizo para mantener y manejar toda la información que he suministrado. Asimismo, manifiesto que conozco el reglamento CIFIN ó de la entidad que maneje bases de datos con los mismos fines. En caso que en el futuro, el autorizado de este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título, de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones.

Nota: INTERFONDO se reserva el derecho de aceptar o rechazar la presente solicitud, sin estar obligado a suministrar las razones que motivaron tal decisión

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

HUELLA

FIRMA ASOCIADO

Nombre:
C.C.

Firma Responsable INTERFONDO

Fecha