

Formato de conocimiento de asociados

Ciudad Fecha Tipo de Solicitud: Afiliación Reafiliación Actualización

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres completos		Primer apellido		Segundo apellido		Género		Tipo de documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Lugar de expedición documento		Nº de documento	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre		Estrato	Nº hijos	Personas a cargo	Cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel educativo <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Posgrado		Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Otro:	
Dirección de residencia		Barrio		Ciudad		Teléfono		Celular	
Correo corporativo				Correo personal					

INFORMACIÓN LABORAL

Oficio o profesión		Actividad económica <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente			Código CIU		Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Término indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo			
Empresa donde labora		Dependencia o sucursal		Cargo			Fecha de ingreso			
Dirección empresa		Barrio		Ciudad		Departamento		Teléfono empresa		Sueldo básico
Nº de cuenta		Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros			Banco					

REFERENCIA PERSONAL

Nombres y apellidos completos		Dirección		Ciudad		Teléfono	
						Celular	

REFERENCIA FAMILIAR

Nombres y apellidos completos		Dirección		Ciudad		Teléfono	
						Celular	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor ingresos mensuales		Valor egresos mensuales		Valor activos		Valor patrimonio	
Otros Ingresos		Valor Pasivos		Descripción de otro ingresos			

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?				¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique cuales			
Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País	

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorización descuento nomina: Autorizo el descuento por nómina de las cuotas por concepto de ahorros, amortización de los créditos y cuotas ordinarias aquí mencionada y los aumentos anuales a que haya lugar, así como las cuotas extraordinarias que fije la Asamblea de delegados. Igualmente autorizo a mi empleador para descontar de los salarios, prestaciones e indemnizaciones a que tengo derecho y/o fondo de cesantías en donde las tengo consignadas, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas sea descontado y pagado directamente el saldo insoluto que le adeudo al FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN.

Autorización de pago de obligaciones: Autorizo descontar de forma directa de mi cuenta bancaria a través de débito automático o consignar el valor correspondiente de los aportes sociales (de acuerdo a lo establecido en los Estatutos), ahorros voluntarios o cualquier valor que se ha comprometido a pagar a FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN, así como mis obligaciones contraídas en virtud de esta asociación y en los eventuales productos o servicios adquiridos por mí con FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN.

Autorización consulta centrales de riesgo: Actuando libre y voluntariamente en mi calidad de titular de información, autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN o a quien represente sus derechos: 1. A consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información financiero y/o operadores de información y riesgos que requiera el FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Autorización tratamiento de datos personales: Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN: 1. Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, la empresa con la cual tengo el vínculo de trabajo, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con el FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. 2. Para que utilice fotografías en donde yo aparezca para publicidad y presentaciones y el aplicativo del fondo. 3. A que me envíen mensajes de texto, correos electrónicos, me realicen llamadas y/o cualquier otro medio de comunicación recordándome mis obligaciones y en las que figure como deudor solidario o promocionando los servicios que presta FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN, dentro de los horarios y condiciones establecidos en la ley 2300 de 2023.

Declaro que mis ingresos y mis activos provienen de ACTIVIDADES LICITAS conforme a lo señalado en la sección de información financiera. Igualmente declaro que no admitiré que terceros manejen depósitos a mis cuentas y de ninguna manera si estos provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

Me comprometo durante la vigencia del vínculo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o a la que reporta al Fondo por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no notifique de manera expresa lo contrario, así mismo asumo toda la responsabilidad frente a la veracidad y eficiencia de la información suministrada y los efectos que se deriven de su falsedad o inconsistencia.

PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA

¿Maneja o ha manejado recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Goza o ha gozado de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Existe un vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:	Indique en caso de respuesta afirmativa Nombres completos Identificación

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Constancia de otros ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Informo que en caso de fallecer siendo asociado de FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN, los saldos a mi favor sean entregados a los beneficiarios de ley. A continuación relaciono las personas que pueden acceder a beneficios de convenios, seguros, servicios y/o auxilios según la reglamentación del FONDO, que en caso de ser menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer el derecho de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de estos datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS LEVAPAN.

Nombres completos	Tipo de documento	N° Documentación	Parentesco	Fecha de nacimiento

FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

 Firma


Huella (Opcional)

RESPONSABLE ENTREVISTA
RESPONSABLE GRABACIÓN SISTEMA

Nombre	Nombre
Fecha	Fecha

VERIFICACIÓN

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes.

Fecha	Hora	Nombre Empleado	N° consulta	Firma empleado
-------	------	-----------------	-------------	----------------

Observaciones: