

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN**

Versión: 01

FECHA DE AFILIACIÓN	(DD / MM / AÑO)	INGRESO	<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>
---------------------	------------------	---------	--------------------------	---------------	--------------------------

A. INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO											
TIPO DE DOCUMENTO		NUMERO	F. DE EXPEDICION			LUGAR DE EXPEDICION			F. DE NACIMIENTO		
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>		AÑO	MES	DIA				AÑO	MES	DIA
CIUDAD DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL				NIVEL DE ESTUDIO					
GENERO		SOLTERO(A)	CASADO(A)			TECNICO		TECNOLOGO			
FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>	OTRO	UNION LIBRE			UNIVERSITARIO		POSGRADO			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:					ESTRATO		BARRIO				
CORREO PERSONAL:				TEL. FIJO		CELULAR					
DEPARTAMENTO		CIUDAD		TIPO DE VIVIENDA			PROPIA		ARRENDADA		
POSEE VEHICULO		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MARCA		MODELO					
POSEE OTROS INGRESOS		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CUALES							
POSEE CREDITO CON ALGUN BANCO DESCONTADO POR HONORARIOS Y/O NOMINA						SI		NO			
VALOR APROXIMADO DE LA DEUDA \$			¿CON CUAL BANCO?								

B. INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA:				UNIDAD:				
UBICACIÓN:		FECHA INGRESO	(DD/MM/AÑO)	TELÉFONO OFICINA				
CARGO:				TIPO DE CONTRATO		FIJO	IND	HON
CORREO OFICINA:				PROFESIÓN:				

C. INFORMACIÓN BANCARIA

NOMBRE DE ENTIDAD BANCARIA:		Nº. CUENTA	TIPO DE CUENTA		Corriente	Ahorros
SALARIO BASICO MENSUAL						
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? En caso afirmativo indique el tipo de operación y monedas:		¿Posee cuentas en moneda extranjera? En caso afirmativo indique		Nº de cuenta		
		Banco	Moneda	País	Ciudad	

D. INFORMACIÓN FAMILIAR

¿TIENE PERSONAS QUE DEPENDAN ECONOMICAMENTE DE USTED?		SI	NO	¿CUANTAS?			
SI TIENE HIJOS RELACIONELOS A CONTINUACIÓN							
IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		F. DE NACIMIENTO			OCUPACIÓN
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
SI TIENE CÓNYUGE RELACIONELO A CONTINUACIÓN							
IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		F. DE NACIMIENTO			PROFESION
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
CORREO PERSONAL:		CARGO					
EMPRESA DONDE LABORA:		TELÉFONO OFICINA			CELULAR		
PERSONAS A CARGO							
IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		F. DE NACIMIENTO			PAERNTESCO
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
BENEFICIARIOS, DESIGNARLOS CONFORME LA LEY							
IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		F. DE NACIMIENTO			PAERNTESCO
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	
		FEMENINO	MASCULINO	AÑO	MES	DIA	

E. REFERENCIAS				
REFERENCIA 1. NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	CIUDAD	TEL. FIJO	TEL. CELULAR
CORREO:				
REFERENCIA 2. NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	CIUDAD	TEL. FIJO	TEL. CELULAR
CORREO:				
F. LIBRANZA ÚNICA				
El asociado del FONDO DE EMPLEADOS LAS AMÉRICAS reconoce que la entidad se encuentra habilitada para realizar operaciones de libranza con fundamento en la LEY 1527 DE 2012 y decretos reglamentarios, siendo requisito indispensable para acceder a ésta modalidad de crédito la suscripción de pagaré y carta de instrucciones al momento de su vinculación previa demarcación de SI en el presente formulario. El asociado que al momento de su vinculación no tenga intención de tramitar créditos ante el fondo deberá marcar la casilla NO. Reconozco que en mi calidad de asociado no podré comprometer más de un 50% de mis ingresos vinculados a la libranza.				
Soy asociado y manifiesto mi voluntad para que en el futuro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sea tenido en cuenta el pagaré y carta de instrucciones que firmo con el presente formulario como garantía del crédito, pudiendo diligenciarse al momento en que mis deudas no queden saldadas con mi retiro.				
G. DECLARACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA				
¿Usted o algún miembro de su familia maneja o ha manejado recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro de su familia ostenta o ha ostentado algún cargo público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usted o algún miembro de su familia tiene reconocimiento público nacional (artista, deportista, político)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si respondió afirmativamente en alguna de las anteriores preguntas señale: persona, cargo, profesión y parentesco:				
H. AUTORIZACIÓN DESCUENTOS DE NÓMINA Y PRESTACIONES SOCIALES				
<p>Autorizo a la empresa con la cual tengo un contrato de trabajo y que genera el vínculo común de asociación con el fondo, para descontar por nómina en los periodos establecidos, las deducciones correspondientes a la cuota del crédito que me fue concedido, cuota de afiliación y los demás rubros que a mi cargo existan por pagar en el fondo que sean derivados de la vinculación en calidad de asociado. De igual forma autorizo descontar de mis prestaciones sociales, en caso de terminación del contrato por cualquier causa, el saldo insoluto para la cancelación total de la deuda existente con el fondo en calidad de acreedor. Autorizo el envío de información referente al crédito a través de correo electrónico y mensaje de texto a la línea reportada en el formulario. Autorizo al fondo o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de información financiera que administran que manejen o administren bases de datos con los mismos fines descritos en la Ley 1266 de 2008 y decretos reglamentarios, toda la información referente a mi comportamiento comercial, financiero y crediticio. 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 y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.</p>				
I. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES				
<p>AUTORIZO a que la presente recolección de datos tenga como finalidad un adecuado conocimiento e identificación de terceros, tanto los ya vinculados como aquellos en proceso de establecer cualquier tipo de relación contractual, estableciéndose con estos un vínculo directo respecto de la gestión del contrato y el tratamiento de datos personales y financieros, en cumplimiento de las políticas internas de conocimiento del Asociado y de la normatividad legal vigente como cualquier otra que llegare a modificarla, adicionarla o derogarla. El FONDO DE EMPLEADOS LAS AMÉRICAS le informa que los datos personales recaudados en este documento se utilizan únicamente para finalidades descritas en su "Política de Tratamiento de Datos Personales", la cual puede consultar a través de su correo electrónico fondodeempleados@lasamericas.com.co o página web www.fondolasamericas.com. Su información personal es tratada y protegida de acuerdo con dicha política y a la normatividad Colombiana sobre Habeas Data, en especial, la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, normas reglamentarias y complementarias, como a lo dispuesto en la política de tratamiento de información, al titular de la información le asisten los derechos de conocer, actualizar, suprimir, y rectificar los datos que le conciernen, a que en el manejo de éstos se apliquen medidas que eviten su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento, y a revocar la autorización cuando se determine que en el tratamiento no se respetan sus derechos y garantías constitucionales y legales.</p>				
J. CONSULTA DE BASES DE DATOS				
<p>AUTORIZO al FONDO DE EMPLEADOS LAS AMERICAS para el reporte, procesamiento, consulta, solicitud y divulgación a bases de datos y centrales de riesgo como: FENALCO operador de la base de datos, de PROCREDITO, EXPERIAN como operador de las bases de datos de DATACRÉDITO y TRANSUNION como operador de la base de datos CIFIN de toda la información relativa mi comportamiento crediticio actual y pasado con el FONDO DE EMPLEADOS LAS AMERICAS, otras entidades financieras, otras entidades reportantes a las bases de datos y en general todos los datos pasados y actuales relativos al cumplimiento de mis obligaciones o al uso de servicios financieros. En consecuencia acepto y autorizo, en mi calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente, a que el FONDO DE EMPLEADOS LAS AMERICAS y las empresas afiliativas, a acceder a mis datos personales contenidos en la base de datos de administradoras de pensiones y/o demás Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para darle tratamiento en los términos expresados en el presente documento y en la Política de Tratamiento de la Información Personal para finalidades de gestión de riesgo crediticio tales como: (i) elaboración de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (ii) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticio, de servicios y proveniente de terceros países a cargo de DataCrédito Experian, TransUnión, Procrédito y cualquier otra operadora de centrales de información autorizadas para operar en los términos de la Ley 1266 de 2008 y normas reglamentarias y/o complementarias, además de los pronunciamientos de las altas cortes.</p>				
K. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS				
<p>Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes y los procedimientos de la entidad sobre el sistema de prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:</p> <p>1. Las actividades económicas que desarrolle con los fondos derivados de las operaciones activas realizadas con el FONDO DE EMPLEADOS LAS AMERICAS no son actividades ilícitas según las normas vigentes y en especial el Código Penal, así como tampoco las actividades realizadas que se reflejen en la información financiera y comercial presentada a la entidad para que considerase la solicitud de afiliación, ni las actividades que han dado origen a los bienes o activos que sirvan en garantía.</p> <p>2. Declaro que mediante la operación activa de crédito, ni mediante las operaciones propias de mi negocio no se ha dado ni se dará apariencia de legalidad a actividades delictivas o ilícitas. Certifico al FONDO DE EMPLEADOS LAS AMERICAS que no he permitido y me obligo a no permitir que terceras personas efectúen con mis operaciones activas transacciones destinadas a actividades ilícitas o a dar apariencia de legalidad a actividades ilícitas. Declaro que la información que he suministrado al FONDO DE EMPLEADOS LAS AMERICAS es verás y exacta, eximo a la entidad de cualquier responsabilidad proveniente cualquier información que resultara ser errónea, falsa e inexacta y la autorizo a declarar de plazo vencido y ejercer acciones de recaudo en virtud de la aceleración de plazo, si se presenta cualquier incumplimiento a las normas legales que regulan la prevención de actividades delictivas y al procedimiento interno de SARLAFT, así como realizar los reportes pertinentes de conformidad las disposiciones legales.</p>				
L. AUTORIZACIÓN DESCUENTOS				
<p>Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, de manera voluntaria autorizo al Fondo de Empleados Las Américas a descontar de la nómina y/o de los honorarios las siguientes sumas:</p> <p>1. CUOTA DE AFILIACION (1% de salario mínimo legal vigente. Una sóla vez) Y Cuota solidaridad \$1.550 al mes para el año 2023 AHORRO OBLIGATORIO % (Del 1% al 10% del salario básico mensual y/o de los Honorarios - mínimo \$46.000 para el año 2023) \$ _____ o _____%</p> <p>AHORRO NAVIDEÑO \$ _____ mes.</p> <p>AHORRO PROGRAMADO \$ _____ mes.</p> <p>AHORRO A LA VISTA \$ _____ mes.</p> <p>2. Autorizo para que la informacion de mi historia comercial y bancaria sea verificada en cualquier momento y por cualquier medio.</p> <p>3. Autorizo reportar en cualquier momento y por cualquier medio las operaciones celebradas con ustedes</p>				
M. FIRMA DEL ASOCIADO (enviar el formulario escaneado con la fotocopia de la cédula)				
<p>FIRMA : _____</p> <p>IDENTIFICACION _____ DE _____</p>				