

FECHA	DD	MM	AA	INGRESO	ACTUALIZACIÓN DE DATOS	CONTINUIDAD	REINGRESO
-------	----	----	----	---------	------------------------	-------------	-----------

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de Identificación		Número		De		Fecha de expedición	
CC	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Apellidos y nombres				Fecha de nacimiento		Lugar de Nacimiento	
Celular:				Teléfono:		Estado Civil	
Dirección residencia:				Barrio:		Estrato	
Correo personal:				Ciudad de residencia:		Tipo de vivienda	

2. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de Estudios:	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Técnico/Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>	Profesión _____
--------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	--	--	--	-----------------

4. GRUPO FAMILIAR (PADRES, HIJOS, CÓNYUGE)

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	% BENEFICIO	OCUPACION
Tipo de documento: No. _____		año mes día			
Tipo de documento: No. _____		año mes día			
Tipo de documento: No. _____		año mes día			
Tipo de documento: No. _____		año mes día			
Tipo de documento: No. _____		año mes día			
Tipo de documento: No. _____		año mes día			

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombres y apellidos:	Profesión u oficio:	
Actividad económica	Teléfono	Celular
e-mail	Ingreso mensual	

5. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa o Agencia:	Actividad Económica del asociado - CIU Principal	Fecha de ingreso:
Dirección laboral	ciudad laboral:	A A A A M M D D
Cargo:	Tel. _____	Fecha de finalización del contrato:
Jornada Laboral:	Tipo de contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	A A A A M M D D
Ocupación (en caso de que no sea empleado)	Personal planta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Salario o Ingreso Mensual (en número)
	Salario o Ingreso Mensual (letras)	

APORTE MENSUAL A FONDEPRINTER

¿Qué porcentaje o valor desea ahorrar mensualmente? Mínimo 2% máximo 10%

(Porcentaje)	%	Con periodicidad QUINCENAL ___ o MENSUAL ___ a partir de	DD	MM	AA
--------------	---	--	----	----	----

6. INFORMACIÓN ADICIONAL

Otros ingresos \$	<input type="text"/>	Egreso mensual \$	<input type="text"/>	Activo \$	<input type="text"/>
Actividad Económica del asociado - CIU Secundaria					
¿Qué procedencia tienen los otros ingresos?	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Realiza operaciones en moneda extranjera:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Pasivo \$ <input type="text"/>		
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	No. de la Cuenta	<input type="text"/>	
Banco	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>	Monto op. ME	<input type="text"/>

7. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad, goza de reconocimiento público general?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Si alguna de sus respuestas es afirmativa por favor especifique	<input type="text"/>				
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Si su respuesta es afirmativa por favor especifique nombre completo	<input type="text"/>				

8. CLÁUSULAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Declaro que los recursos que entregue a Fondeprinter provienen de _____, originados en actividades lícitas. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que los modifique o adicione y no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a Fondeprinter para consultar a quien corresponda sobre mi salario, descuentos y demás información económica que considere necesaria.

Autorizo a Fondeprinter para que con fines estadísticos, de control, de supervisión y de información comercial a otras entidades, consulte y reporte a las centrales de riesgo y a cualquier otra entidad que maneje las bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de las obligaciones contraídas por mí con Fondeprinter o quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor legítimo. 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.

9. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo actuando en nombre propio como aparece al pie de mi firma, autorizo al pagador de la nómina (empresa o agencia) donde trabajo y quien determina el vínculo de asociación con el Fondo de Empleados, a descontar de mi nómina, la cuota de aportes, ahorros, cartera y demás servicios que tenga contratados con FONDEPRINTER. De igual modo autorizo a descontar de mis salarios, cesantías, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tengan derecho las cuotas tanto de aportes como de los servicios contratados con el Fondo, a mi retiro de FONDEPRINTER. Declaro conocer los estatutos, reglamentos vigentes y autorizo los descuentos establecidos en los mismos, así mismo autorizo que de no ser posible el descuento por nómina se realice debito de la cuenta registrada. Conozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los Estatutos vigentes, como en general con toda la Reglamentación de FONDEPRINTER. Manifiesto que toda la información suministrada es veraz y en constancia de haber leído, entendido y aceptado, firmo el presente documento.

SI Autorizo el descuento NO

9. INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Tiene vivienda propia?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene seguro de hogar?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene vehículo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene tarjeta de crédito?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene crédito con otras entidades?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	vivienda <input type="checkbox"/>	vehículo <input type="checkbox"/>	educación <input type="checkbox"/>	empresarial <input type="checkbox"/>	L. inversión <input type="checkbox"/>				
¿Está vinculado a otra entidad del Sector Solidario?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EPS <input type="text"/>	F/Cesantías <input type="text"/>	AFP <input type="text"/>	¿Qué hace en su tiempo libre? <input type="text"/>					
			¿Cuál? <input type="text"/>								

10. TRANSFERENCIA

Número de cuenta para transferencias	Entidad	Tipo de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>

11. REFERENCIA

Nombre	Dirección	Móvil
P E R S O N A L		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F A M I L I A R		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 de 3

IMPRIMIR A DOBLE CARA

12. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

- SI NO Autorizo las llamadas telefónicas de Fondeprinter con el fin de ofrecer, ahorros, créditos, convenios y servicios complementarios
- SI NO Autorizo el envío de correos electrónicos con fines comerciales y actividades propias del negocio.
- SI NO Autorizo el tratamiento de mis datos personales para el registro de esta información en el software y bases de datos que tiene Fondeprinter

13. FIRMA Y HUELLA

NOTA: FONDEPRINTER me ha suministrado toda la información del Fondo (manuales, políticas, reglamentos, estatutos etc) para mi vinculación como asociado asociado y en constancia de haber leído y consultado en www.fondeprinter.com, entendido y ACEPTO las POLÍTICAS mandatos, reglamentos, manuales, acuerdos, estatutos y la ley, por la que se rige el Fondo de Empleados de printer colombiana y en constancia de ello firmo el formato, en la ciudad de _____ a los (días) _____ del mes _____ del año _____ de manera libre.

Nombre del solicitante: _____ Firma _____
CC _____

Huella índice Derecho

El Fondo de Empleados de Printer Colombiana

Vigilado por la Superintendencia de la Economía Solidaria

Ley 1481 de 1989, modificada por la Ley 1391 de 2010

La información solicitada anteriormente es para cumplimiento de la circular externa 14 de 12/12/2018

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITUD DE INGRESO

<input type="checkbox"/> 1. No se aceptan con tachones ni enmendaduras	<input type="checkbox"/> 5. Autorización tratamiento de datos personales
<input type="checkbox"/> 2. Solicitud de vinculación total mente diligenciado	<input type="checkbox"/> 6. Copia legible cedula de ciudadanía
<input type="checkbox"/> 3. Autorización de débito automático	<input type="checkbox"/> 7. Contrato laboral, enmienda o certificación laboral*
<input type="checkbox"/> 4. Autorización y consulta Centrales de Riesgo	<input type="checkbox"/> 8. Desprendible de pago de la nómina

14. ESPACIO EXCLUSIVO DE FONDEPRINTER

ENTREVISTA VERIFICACIÓN

Fecha de la verificación A A A A M M D D	Fecha de la Junta Directiva A A A A M M D D
Sugerencia Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	Acta de Junta Directiva _____
Observaciones: _____	Resultado: Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

1. Solicitud de vinculación	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Copia legible cédula de ciudadanía	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Autorización de tratamiento de datos personales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. Contrato laboral	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Autorización de débito automático	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	7. Certificación laboral	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Autorización y consulta Centrales de Riesgo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. Desprendible de nómina	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Observaciones: _____

Nombre del responsable de la verificación: _____ Cargo _____

Firma: _____ Fecha/entrega/ empleado de cumplimiento A A A A M M D D

VERIFICACIÓN EMPLEADO DE CUMPLIMIENTO

Fecha de la verificación de la información A A A A M M D D	Hora _____	Entrevista Personal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Operaciones en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PEPS Explique _____	Actividad Económica del asociado - CIU Principal _____
¿Vínculo con un PEPS? Explique _____	Verif. Listas restrictivas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Seguimiento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre _____ Principal <input type="checkbox"/>	Firma _____ Suplente <input type="checkbox"/>	CÓDIGO DE VERIFICACIÓN