

NUCLEO FAMILIAR BÁSICO

Asociado soltero, viudo o divorciado: Padres e hijos / Asociado casado: Conyuge o compañero(a) permanente, hijos.

APELLIDOS Y NOMBRES	No. DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DEPENDE ECONOMICAMENTE DE USTED?

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado aquí es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la circular externa 006 de 2014 de la Superintendencia de Empresas de Economía Solidaria, la ley 1121 de 2006 y demás normas concordantes.

1. Los bienes que poseo han sido adquiridos a través de:
 Compraventa Donación Herencia No poseo bienes Otros Cuál? _____
 2. Los recursos que entregue provienen de las siguientes fuentes:
 Salarios Honorarios Utilidades Renta Padres Contratación con terceros Otros Cuál? _____
 3. País de Origen de los recursos: Colombia Otro Cuál? _____
 4. Maneja recursos públicos: Si No De cual entidad? _____
 5. Tiene reconocimiento público: Si No Cargo _____
 6. Ejerce algún grado de poder público: Si No Cuál? _____
- 1) Los recursos que utilizaré en mis relaciones comerciales con el fondo de empleados provienen del cumplimiento de mis actividades laborales y/o Comerciales.
 2) Declaro que los recursos que le entregue al Fondo de empleados en cualquier parte del territorio colombiano no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código penal Colombiano o en cualquier norma que la modifique, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con ellas
 3) 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 la modifique.

AUTORIZACIÓN Y CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a **ACOMFENALCO LTDA.**, como solicitante o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor o quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable a reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de información y/o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos que tengan fines de información, financieros, estadísticos de control, supervisión gerencial y de consolidación de información. Toda la información referente a mi comportamiento comercial y crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos, en donde consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero en general, frente al comportamiento de mis obligaciones adquiridas. La información reportada a la base de datos permanecerá durante el tiempo que la ley lo establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago y de la manera como se tramite y terminen los procesos de cobro.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

EL FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO SANTANDER- ACOMFENALCO LTDA. -sociedad identificada con NIT. 890.209.886-7 (en adelante **EL FONDO**), ostentará la calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales y por ende, es quien decidirá sobre el tratamiento que se le dé a sus datos personales, ante lo cual podrá recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir y dar tratamiento a sus datos personales. En cumplimiento de la ley general de protección de datos (1581 de 2012) y sus decretos reglamentarios, le informamos que los datos personales facilitados de manera voluntaria quedarán incorporados de forma confidencial en las bases de datos del Fondo. Asimismo, una vez vinculado al Fondo, le queremos informar que su información será tratada conforme a las siguientes finalidades: a) llevar a cabo el proceso de vinculación del asociado; b) adelantar acciones de cobro y recuperación de cartera, ya sea directamente o mediante un tercero contratado para tal función; c) recibir mensajes relacionados con la gestión de cobro y recuperación de cartera; d) recibir información del Fondo, como envío de campañas comerciales, promoción de productos o servicios y demás comunicaciones necesarias para mantener al asociado informado, por medio de cualquiera de: correo electrónico; llamada telefónica, mensaje de texto y otros más previamente autorizados por el titular; e) a realizar descuentos de nómina por el valor que el titular haya aprobado durante la vigencia que sea necesaria. f) a recibir llamadas, correos, o cartas por parte del talento Humano del fondo, con el fin de ser invitados e informados sobre reuniones y eventos importantes organizados por el fondo de empleados y en general, para el cumplimiento de todos los demás fines necesarios contemplados en la política de tratamiento de información personal. 1) **ACEPTO** a que el fondo de empleados de Comfenalco Santander- Acomfenalco- o quien haga sus veces, para que confíes de calidad, conformación, suministro de información, gestión e cobranza y/o probatorios, realice la grabación de llamadas o conversaciones que por cualquier medio ocurran entre las partes; 2) **DECLARO** que la información consignada en esta solicitud y los documentos que se anexan corresponden a la realidad y asumo, plena responsabilidad por la veracidad de los mismos, comprometiéndome a actualizar esta información como mínimo una vez al año, anexado los soportes requeridos para ellos, todo bajo el principio de Buena Fe. 3) **AUTORIZO** al **FONDO** a tomar mis impresiones dactilares, fotografías personal si es el caso, Por cualquier medio físico y/o electrónico para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios del **FONDO**, he sido informado del carácter facultativo de la entrega de esta información que potencialmente poder ser sensible, sin embargo que la misma es necesaria para garantizar la seguridad de todos los asociados. **DECLARACIÓN SOBRE INFORMACIÓN DE TERCEROS REFERENCIADOS: DECLARO (AMOS)** que la información suministrada podrá ser empleada por el **FONDO**, para establecer comunicación entre el **FONDO** y mis referencias, comerciales, codeudores y terceros aquí referenciados, con el fin de verificar y validar dicha información. Asimismo manifiesto que los terceros aquí referenciados han sido informados previamente y han manifestado su consentimiento sobre la posibilidad de que sean contactados con el fin de ampliar requerimientos de información, llevar a cabo el tratamiento de afiliación cuando sea procedente. **ACOMFENALCO Ltda.**, garantiza a los titulares el ejercicio de los derechos de consulta y reclamo sobre los datos personales que sean proporcionados y asegura la protección de los mismos conforme a lo dispuesto en su Política de Tratamiento de Información Personal, la cual se encuentra de manera física en el punto de atención personal ubicado en la Carrera 31 # 51-74 Edificio Torre Mardel Oficina 505, o podrá ser solicitada al correo electrónico acomfenalcoltda@yahoo.com, con la suscripción de este documento, manifiesto mi consentimiento para el tratamiento de datos personales y mi aprobación frente a la totalidad de su contenido, incluyendo la veracidad y calidad de la información, reconociendo que la temporalidad del tratamiento atenderá a la duración de la relación contractual y el almacenamiento contable que exige la Legislación en Colombia.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación sin limitación alguna mientras subsista la relación comercial con **ACOMFENALCO LTDA.**, o con quien represente sus derechos. Así mismo manifiesto que cualquier cambio será notificado a **ACOMFENALCO LTDA.** En constancia de haber leído y aceptado lo anterior firmo el presente documento en el espacio para la firma, igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que **ACOMFENALCO LTDA.**, considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar dentro de los ocho días calendario. Autorizo a saldar las cuentas de aportes sociales y dar por terminados en forma unilateral los contratos de este y otros productos que tenga en **ACOMFENALCO LTDA.**, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en estos documentos o por aparecer mi nombre o identificación, el de mis autorizados, conyuge o compañero(a) permanente o apoderados registrados en las listas inhibitorias de **ACOMFENALCO LTDA.**, eximiendo a **ACOMFENALCO LTDA.**, de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento o de violación del mismo.

AUTORIZACIÓN DE DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS

ACOMFENALCO LTDA., estará libremente facultado para aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento. En el caso que los productos solicitados correspondan a cupos de créditos, acepto (amos) que serán revocables en cualquier momento. En caso que la presente solicitud sea negada autorizo (amos) irrevocablemente a que todos los documentos que entregue (amos) para el estudio no me sean devueltos y sean destruidos después de quince (15) días calendario de la decisión del rechazo. Si dentro de los 60 días siguientes a la cancelación total de la obligación adquirida con **ACOMFENALCO LTDA.**, no se realice solicitud de las garantías constituidas, autorizo a **ACOMFENALCO LTDA.**, a proceder con la destrucción de estos documentos.

FIRMA DEL ASOCIADO C. C. No. _____	HUELLA INDICE	FECHA DE REUNIÓN JUNTA DIRECTIVA _____ ACTA No. _____ PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA _____ GERENTE _____	
---	---------------	---	--

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL FONDO DE EMPLEADOS ACOMFENALCO LTDA.

OBSERVACIONES:	FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA Firma: _____ Nombre: _____
FECHA REALIZACIÓN ENTREVISTA _____ HORA: _____	FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Firma: _____ Nombre: _____
FECHA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN _____ HORA: _____	

FORMATO DE VINCULACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

Persona Natural

Carrera 31 # 51-74 Of. 505 Torre Mardel
Bucaramanga / acomfenalcoltda@yahoo.com

Diligencia el presente formato,
sin tachones ni enmendaduras

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		N° DOCUMENTO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN CIUDAD:		DIA MES AÑO		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO CIUDAD:		DIA MES AÑO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				BARRIO				CORREO ELECTRÓNICO					
CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		ENVÍO DE CORRESPONDENCIA E-MAIL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:					
ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		ESTRATO		TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>		NIVEL EDUCATIVO PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVESTIARIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL:							
NÚMERO DE PERSONAS A CARGO (RELACIONE EL NÚMERO DE PERSONAS POR CADA RANGO) NINGUNO <input type="checkbox"/> MENORES DE 8 <input type="checkbox"/> DE 8 A 17 <input type="checkbox"/> DE 18 A 25 <input type="checkbox"/> MAYOR DE 25 <input type="checkbox"/>				PROFESIÓN				OCUPACIÓN EMPLEADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>					

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA EN LA QUE LABORA		SALARIO		CARGO QUE DESEMPEÑA		DEPENDENCIA	
DIRECCIÓN DEL LUGAR DE TRABAJO		TELÉFONO		CIUDAD		DEPARTAMENTO	

DATOS DE LA PENSIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA CON LA QUE TIENE LA PENSIÓN		VALOR DE LA PENSIÓN	
--	--	---------------------	--

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		TENER EN CUENTA	
SALARIO	\$	ARRIENDO	\$	* Los valores a ingresar se deben considerar mensualmente. * Los ingresos netos corresponden a la diferente entre el total de los ingresos y el total de los egresos.	
HONORARIOS / COMISIONES	\$	GASTOS PERSONALES / FAMILIARES	\$		
OTROS INGRESOS	\$	OTROS EGRESOS	\$		
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$		
DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS			INGRESOS NETOS	\$	

DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS & PASIVOS

ACTIVOS			PASIVOS		
TIPO	VALOR COMERCIAL	HIPOTECADO - PIGNORADO A:	TIPO	ENTIDAD	SALDO
CASA / APTO	\$		PRODUCTOS DE CRÉDITO		\$
VEHÍCULO	\$		TARJETAS DE CRÉDITO		\$
OTROS ACTIVOS	\$		OTRAS OBLIGACIONES		\$
TOTAL ACTIVOS	\$		TOTAL PASIVOS		\$

INFORMACIÓN DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		N° DOCUMENTO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN CIUDAD:		DIA MES AÑO		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO CIUDAD:		DIA MES AÑO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				CORREO ELECTRÓNICO									
CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR		PROFESIÓN					

REFERENCIAS

	NOMBRES Y APELLIDOS / ENTIDAD	PARENTESCO / PRODUCTO	TELÉFONO	DIRECCIÓN
FAMILIAR				
PERSONAL				
FINANCIERA				