

CIUDAD	FECHA			TIPO DE SOLICITUD		
	DÍA	MES	AÑO	AFILIACIÓN INICIAL	Nº. DE AFILIACIÓN	ACTUALIZACIÓN DE DATOS
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1. INFORMACIÓN INICIAL Ó ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

APELLIDOS Y NOMBRES				TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		Nº. DOCUMENTO	
LUGAR DE NACIMIENTO / DEPARTAMENTO Y/O MUNICIPIO				FECHA DE NACIMIENTO DÍA: MES: AÑO:		ESTADO CIVIL	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			BARRIO		CIUDAD		NIVEL DE ESTUDIO
MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO				Nº. TELÉFONO FIJO	
OTRO CORREO ELECTRÓNICO PARA NOTIFICACIONES			¿Cuenta con antecedentes de enfermedades preexistentes, degenerativas, huérfanas, de alto costo, y o alguna que por su índole pueda generarle afectación sobre su capacidad normal de ahorro y crédito?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						Anexa historia médica de manera voluntaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

**2. INFORMACIÓN LABORAL**

SEDE O PATIO		ÁREA DE TRABAJO		CARGO	
TIPO DE CONTRATO		FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO DÍA: MES: AÑO:		SEDE QUE LE PAGA LA NÓMINA	
DIRECCIÓN DONDE TRABAJA				CIUDAD DONDE TRABAJA	

**3. FUENTES DE INGRESOS Y CUOTAS DE ASOCIADOS**

SALARIO MENSUAL \$		VALOR DE APOORTE Y AHORROS MENSUAL PERMANENTE PARA FONMIBUS (HASTA EL 10%) \$		APERTURA DE AHORRO VOLUNTARIO POR VALOR MENSUAL DE \$	
LOS APORTES Y AHORROS SE INICIAN EL 30 DEL MES DEL AÑO .		TIPO DE SALARIO BÁSICO <input type="checkbox"/> INTEGRAL <input type="checkbox"/>		¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
EN CASO DE MARCAR "SI" POR IMPORTACIONES FAVOR INDICAR DE QUE TIPO		IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____			

**4. INFORMACIÓN FINANCIERA**

INGRESO MENSUAL \$		OTROS INGRESOS \$	
TOTAL INGRESOS MENSUALES \$		TOTAL EGRESOS MENSUALES \$	
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DETALLE DE LOS ACTIVOS			
DETALLE DE LOS PASIVOS			

**5. GRUPO FAMILIAR**

EN CASO DE FALLECIMIENTO, DESIGNO COMO HEREDERO (A) (S) DE MIS AHORROS Y APORTES MENOS LA DEUDA SI EXISTIERA, MAS EL AUXILIO POR DEFUNCIÓN A:

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	GENERO		FECHA DE NACIMIENTO			PORCENTAJE %	DEPEND. ECO.	PARENTESCO
		M	F	MES	DÍA	AÑO			

## 6. INFORMACIÓN PEP

Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos o actividades en los cuales:

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE: _____
ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE: _____
MANEJA O TIENE PODER DE DISPOSICIÓN DE RECURSOS PÚBLICOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE: _____
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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE: _____
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA QUE ENCAJEN EN LOS ESCENARIOS DESCRITOS PREVIAMENTE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INDIQUE: _____

## 7. DECLARACIÓN JURAMENTADA

**Bajo la gravedad del juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al FONDO DE EMPLEADOS FONMIBUS 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 relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo al FONDO DE EMPLEADOS FONMIBUS, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a FONDO DE EMPLEADOS FONMIBUS, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario, y me comprometo a actualizarla mensualmente
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones al FONDO DE EMPLEADOS FONMIBUS, tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. Los recursos que se deriven de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas, actividades terroristas, ni lavado de capitales, así como tampoco para generar conductas tipificadas en el código penal colombiano.
7. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con lavado de activos o Financiación del Terrorismo.

## 8. AUTORIZACIONES

Al solicitar la afiliación a FONMIBUS, me comprometo a aceptar y cumplir a cabalidad con los estatutos, reglamentos y disposiciones en general de la entidad. Autorizo al pagador de la empresa ESTE ES MI BUS Y DEMAS EMPRESAS PERTENECIENTES AL ESQUEMA DEL SITP efectuar sobre los ingresos laborales, las deducciones para las cuotas de aporte, ahorro, crédito y todos aquellos descuentos reglamentarios, que según los estatutos del fondo haya determinado la asamblea general o la junta directiva. Las sumas de dinero deberán ser entregadas a FONMIBUS simultáneamente el día en que se realiza el pago de salarios, prestaciones y/o bonificaciones.

Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS FONMIBUS, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a la central de información financiera - DATA CRÉDITO - que administra la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia o a quien represente sus derechos. 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, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que por ser públicos, conozco, plenamente.

Autorizo a FONMIBUS de manera libre, previa expresa, voluntaria y debidamente informada para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que he suministrado, y que han sido incorporados en distintas bases de datos o bancos de datos o en depositarios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es utilizada en el desarrollo de las funciones de FONMIBUS de su condición de entidad sin ánimo de lucro, así como para fines administrativos, comerciales, lo anterior dando cumplimiento a la ley 1581 de 2012.

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS FONMIBUS que al momento en que la (s) obligación (es) a mi cargo presenten mora; y pasados 20 días (calendario) a partir de la fecha de la comunicación por medio escrito y/o electrónico, persiste el incumplimiento (FONMIBUS) lo reporte a las centrales de información. Y permanezca durante el tiempo que indica la Ley.

Autorizo a FONMIBUS de manera libre, previa expresa, voluntaria y debidamente informada para que en mi nombre solicite la información necesaria que sea requerida para adelantar los procesos de afiliación, ingresos recibidos, deducciones realizadas, comportamiento crediticio, números de cuentas bancarias, datos de contacto, y todos aquellos datos que sean necesarios en el desarrollo de las funciones de FONMIBUS de su condición de entidad sin ánimo de lucro, así como para fines administrativos, financieros y comerciales.

## 9. ENTREVISTA

LUGAR DE ENTREVISTA	FECHA DE ENTREVISTA	DÍA: _____	MES: _____	AÑO: _____		
RESULTADO DE LA ENTREVISTA	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>	MEDIO UTILIZADO	PERSONAL <input type="checkbox"/>	TELEFONICA <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>
FIRMA DEL ENTREVISTADOR			¿CUÁL? _____			

OBSERVACIONES

## 10. FIRMA DE ACEPTACION

En aprobación y aceptación a los puntos mencionados



FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE DIGITALIZACIÓN	DÍA	MES	AÑO	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO QUIÉN DIGITÓ LA INFORMACIÓN
				NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA REVISIÓN Y VERIFICACIÓN