

## FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS ASOCIADOS Y CODEUDORES

Tipo de solicitud	<input type="checkbox"/> Afiliación por primera vez	<input type="checkbox"/> Reafiliación	Fecha de Solicitud		
	<input type="checkbox"/> Actualización de datos	<input type="checkbox"/> Codeudor	Ciudad	Día	Mes

(Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras. Los campos que no aplique coloque una línea)

Para actualización de datos es necesario diligenciar como mínimo los espacios sombreados y la información no vigente.  
Para el resto de solicitudes se debe diligenciar tanto los espacios sombreados como los espacios en blanco.

Diligenciar en caso de Afiliación y Reafiliación:	Valor porcentaje de ahorro del SMMLV: <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 30%	Autoriza descuento de la cuota de afiliación en: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
---	--	--

Nombres Completos			Primer Apellido			Segundo Apellido		
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año	Nacionalidad	Departamento	Lugar de Nacimiento: Ciudad / Municipio	Documento Identidad <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	No. Documento Identidad	Fecha de Expedición: Día Mes Año	Lugar de Expedición	
Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil Actual <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			Actividad Económica (Breve descripción)				
Ocupación	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Pensionado	Dirección Correo Electrónico				
Profesión	Nivel de Estudios <input type="checkbox"/> Técnico Profesional <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Otra			Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar				
Tiempo en la Residencia: Años Meses	Dirección de Residencia Actual			Bloque	Apto/Casa	Urbanización/Edificio		Estrato
Número de Hijos	Número de Personas a Cargo	Envío Correspondencia <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Correo Electrónico		Celular (Incluido Prefijo)	Teléfono Residencia		Departamento	Ciudad / Municipio

### SI LA VIVIENDA ES ARRENDADA (DILIGENCIE)

Nombre(s) y Apellido(s) del Arrendador	Departamento	Ciudad/Municipio	Teléfono Fijo	Celular	Fecha de Contrato: Día Mes Año
--	--------------	------------------	---------------	---------	-----------------------------------

### DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Nombres Completos			Primer Apellido			Segundo Apellido		
No. de Identificación	Fecha de Nacimiento: Día Mes Año	Empresa Donde Trabaja	Teléfono	Ext.	Cargo u Oficio	Ingresos Mensuales \$		

### INFORMACIÓN LABORAL SOLICITANTE

Cargo Actual	Término del Contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido	Fecha de Vinculación: Día Mes Año	Nombre de la Empresa					
Dirección Empresa	Ciudad/Municipio	Departamento	Teléfono 1	Ext.	Teléfono 2	Ext.	Declara Renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Administra Recursos Públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Con Cuál Entidad Pública?	Monto Promedio de los Recursos que Maneja \$		Detalle y Descripción				

### OPERACIONES INTERNACIONALES (Declaro):

Posee Cuentas en el Exterior <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre del Banco	Número de la Cuenta	Ciudad	País	Moneda
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si su actividad económica implica transacciones en Moneda Extranjera, señale los tipos de transacción: <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Pagos de Servicios <input type="checkbox"/> Préstamos en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> Otras, ¿Cuáles? _____				

### OPERACIONES INTERNACIONALES (Declaro):

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario Fijo	\$	Gastos Familiares (alimentación, transporte, salud, educación, servicios públicos)	\$
Salario Variable (promedio)	\$	Arrendamiento	\$
Arrendamientos	\$	Cuota de Crédito Hipotecario	\$
Rendimientos Financieros	\$	Otros Créditos o Tarjeta Crédito	\$
Comisiones y Honorarios	\$	Otros Egresos	\$
Otros Ingresos	\$	¿Cuáles? (incluir periodicidad)	
¿Cuáles? (incluir periodicidad)		TOTAL EGRESOS	\$
TOTAL INGRESOS	\$		

### BALANCE PERSONAL

ACTIVOS		PASIVOS	
Activos Corrientes (ahorro e inversión)	\$	Pasivos Financieros (deudas financieras)	\$
Activos Fijos (vehículo y propiedades)	\$	Pasivos Corrientes (deudas con terceros)	\$
Otros Activos	\$	Otros Pasivos	\$
¿Cuáles?		¿Cuáles?	
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$

### DESCRIPCIÓN DE LOS ACTIVOS

Marque con una X en caso de: A=Apartamento C=Casa O=Oficina T=Terreno M=Maguinaría	Fecha de Matrícula: Día Mes Año	Dirección	Valor Comercial	Valor Hipoteca	Entidad
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M					
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M					
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M					

VEHÍCULOS	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial	Prenda a favor de

CAPACITACIÓN EN ECONOMÍA SOLIDARIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--

**REFERENCIAS**

<b>FAMILIAR</b> (Que no vivan con usted)	Nombre(s) y Apellido(s)		Parentesco	Teléfono Residencia
	Dirección		Ciudad	Teléfono Oficina
	Nombre(s) y Apellido(s)		Parentesco	Teléfono Residencia
	Dirección		Ciudad	Teléfono Oficina
<b>PERSONAL</b> (No familiar)	Nombre(s) y Apellido(s)		Parentesco	Teléfono Residencia
	Dirección		Ciudad	Teléfono Oficina
	Nombre(s) y Apellido(s)		Parentesco	Teléfono Residencia
	Dirección		Ciudad	Teléfono Oficina
<b>FINANCIERAS</b>	Nombre de la Entidad	Producto Vigente	Número Producto	Oficina
	Nombre de la Entidad	Producto Vigente	Número Producto	Oficina
<b>COMERCIALES</b>	Nombre del Establecimiento		Teléfono	Ciudad
	Nombre del Establecimiento		Teléfono	Ciudad

**AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.** Señor Asociado y/o Codeudor(a). De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, el Fondo de Empleados del Sector Salud de Nariño, empresa de carácter privado vigilada por la Superintendencia de la Economía Solidaria, que almacena y recolecta datos personales, requiere obtener su autorización para el uso de su información personal, así: Yo, con mi nombre y número de documento tal como aparecen al inicio de este documento, autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada: recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que he suministrado y que se han incorporado en las bases de datos físicas y computarizadas de **Fondessnar Ltda.**, según los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013. **Fondessnar Ltda.**, queda autorizada de, manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda mi información, a no ser que Yo manifieste lo contrario de manera directa, expresa e inequívoca y por escrito, dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de diligenciamiento del presente Formato de Ingreso y/o Actualización de Datos a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: habeasdatafondessnar@gmail.com. Manifiesto que conozco y se me ha informado por parte de **Fondessnar Ltda.**, que los datos personales son y serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de la entidad, en su condición de empresa privada de ahorro y crédito a sus Asociados, de forma directa o a través de terceros. En el evento que Yo considere que **Fondessnar Ltda.**, dio uso contrario al autorizado y a las leyes aplicables, podré contactarme a través de una comunicación motivada dirigida al correo electrónico: habeasdatafondessnar@gmail.com. Manifiesto que conozco que para mayor información acerca de la Ley 1581 de 2012 y su derecho reglamentario 1377 de 2013 así como el manual de políticas de tratamiento de datos personales, puedo consultar la página web: www.fondessnar.org. Con mi firma en el presente formato de ingreso y/o actualización de datos, **Fondessnar Ltda.**, puede entender comprendida de mi parte la información mencionada y puede contar con mi autorización para el uso de mi información acorde a las leyes aplicables en Colombia.

**AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN.** Autorizo de manera voluntaria a **Fondessnar Ltda.**, para enviar mensajes a mi teléfono celular, correo electrónico y/o lugar de residencia de mi información comercial legal, productos de seguridad, de servicio o de cualquier otra índole que se considere necesaria y/o apropiada para la prestación de sus servicios.

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES.** Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio de manera voluntaria o en nombre y representación de \_\_\_\_\_ identificado(a) con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_ y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, veraz y verificable, realizo la siguiente Declaración de Origen de Fondos y/o Bienes, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en Círcula Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción, Ley 1121 de 2006 mediante la cual se emiten normas para prevenir, detectar, investigar y sancionar la financiación del terrorismo y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de ahorro y crédito.

1. Declaro que los recursos que utilizar en el pago de las cuotas o con los cuales cancelaré los créditos o los que entregare en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, entre otros, etc): \_\_\_\_\_
2. Los Activos declarados provienen de (detalle el título de adquisición de los bienes): \_\_\_\_\_
3. País de origen de los fondos: \_\_\_\_\_
4. Declaro que los recursos que entregare en depósitos o utilizaré para el pago de cuotas o créditos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal y demás normas legales concordantes que lo modifiquen o adicione.
5. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas o cancelen mis créditos o paguen cuotas de los mismos con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
6. (Exclusivo para Asociados) Autorizo a que se dé por terminada mi vinculación como Asociado en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a **Fondessnar Ltda.** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

**(Declaración Exclusiva para Asociados)** Dejo constancia que me han suministrado información comprensible y legible sobre los deberes y derechos como asociado de **Fondessnar Ltda.** y que he entendido los términos y condiciones ofrecidos por **Fondessnar Ltda.** Especialmente declaro que he recibido la información respectiva referente al portafolio de Servicios de **Fondessnar Ltda.** De acuerdo con lo anterior, manifiesto que conozco las condiciones de la afiliación, las cuales acepto a entera satisfacción y están sujetas a la aprobación de la solicitud de afiliación. Así mismo me obligo actualizar los datos más relevantes que varíen anualmente, suministrando la totalidad de soportes de los mismos de conformidad con las normas vigentes. Declaro que he sido entrevistado(a), que he leído, entendido y aceptado, todo lo contenido en el presente documento y certifico que la información aportada es veraz y autorizo a **Fondessnar Ltda.** para que la verifique, siendo el resultado de esta entrevista y solicitud, la continuidad del proceso de solicitud del(los) producto(s) interesados. Declaro que los datos suministrados son verdaderos, manifiesto en forma solemne que me someto a los estatutos y reglamentos de **Fondessnar Ltda.**, y autorizo expresamente al pagador de la entidad donde me encuentre laborando, efectuar los descuentos correspondientes de los compromisos adquiridos con **Fondessnar Ltda.**

**(Declaración Exclusiva para Codeudores)** Declaro que los datos suministrados son verdaderos y me comprometo a actualizarlos una vez al año.

Firmo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre(s) y Apellido(s) \_\_\_\_\_

C.C. o C.E. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Medio por el que se enteró de Fondessnar <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Referido	Nombre(s) y Apellido(s) del Asociado(a) que lo(a) refirió	C.C. No.
---	---	----------

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA AFILIACIÓN**

Solicitud de afiliación (completamente diligenciada) con Relación de Beneficiarios.  
Fotocopia del documento de identidad y legible (C.C., C.E., etc) al 150%.  
Carta laboral vigente.

**PARA USO EXCLUSIVO DE FONDESNAR LTDA.**

<b>ENTREVISTA ASOCIADO Y/O CODEUDOR</b>	Día	Mes	Año	Resultado de la Entrevista (Breve descripción)	Nombre(s) y Apellido(s) del Entrevistador(a)								
	Con mi firma certifico el completo diligenciamiento de esta solicitud por parte del Asociado y/o Codeudor y que he cumplido con las políticas y procedimientos establecidos para el conocimiento y vinculación del Asociado. Así como que entrevisté personalmente al asociado y que los documentos entregados fueron validados contra los originales y son fiel copia de los mismos.				Cargo								
El asociado ha ocupado cargos públicos ¿Cuál(es)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Entidad(es)	Del:	Día	Mes	Año	al:	Día	Mes	Año	Observaciones
<b>CONFIRMACIÓN DE DATOS</b>	Día	Mes	Año	Resultado de la Confirmación (Breve descripción)	Aprobación (Gerente Oficina)								
	Nombre(s) y Apellido(s) del funcionario(a) que confirma				Firma y C.C.								
	Firma y C.C.	Cargo			Nombre								
<b>INGRESO EN EL SISTEMA (Exclusivo para Asociados)</b>	Día	Mes	Año	Hora	Nombre(s) y Apellido(s) del funcionario(a) que registró				C.C.	Cargo			
	No.	Día	Mes	Año									
<b>INFORMADA EN ACTA</b>													