FECARVAL
Fondo de empleados Grupo Carval
NIT. 830.032.254-2

Diligencie este formulario desde internet e imprímalo inmediatamente, agregue las firmas respectivas y envíelo a la oficina de FECARVAL

FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL
FORMULARIO DE ASOCIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN A001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DD / MM / AAAA

ASOCIADO: NUEVO ☐ REINTEGRO ☐ PENSIONADO ☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SEXO: M ☐ F ☐

TIPO DE DOCUMENTO: ____ No. _____ DE _____ FECHA DE EXPEDICIÓN: DD / MM / AAAA

NACIONALIDAD: _____ PAIS RESIDENCIA: _____ TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRIENDO ☐

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____ DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ BARRIO: _____

ESTRATO: ____ ZONA: RURAL ☐ URBANA ☐ ES RESIDENTE FISCAL EN UN PAÍS DIFERENTE A COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ INDIQUE CUAL: _____

E-MAIL PERSONAL: _____ NO. TELEFONO _____ NO. CELULAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: DD / MM / AAAA LUGAR: _____ DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☐ SEPARADO ☐ UNIÓN LIBRE ☐ Nº DE HIJOS: _____ PERSONAS A CARGO _____

NIVEL DE EDUCACIÓN: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico o tecnólogo ☐ Universitario (pregrado) ☐ Postgrado (especialización, maestría, doctorado) ☐

TITULO: _____ PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL CONSTITUCIONAL: SÍ ☐ NO ☐

Niños, niñas y adolescentes ☐ Mayores de 60 años ☐ Persona con discapacidad física, mental o sensorial ☐ Mujer cabeza de familia ☐
Víctima del conflicto armado ☐ Persona en condición de pobreza extrema ☐ Pueblos indígenas ☐ Población diversa / LGBTIQ+ ☐ Población Afrocolombiana ☐

INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN, PROFESIÓN, OFICIO: _____ ENTIDAD DONDE LABORA: _____ DEPENDENCIA: _____

CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ MUNICIPIO: _____ SEDE: _____ CARGO: _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑIA: _____ TELEFONO: _____ E-MAIL: _____

TIPO DE CONTRATO: _____ FECHA DE INGRESO A LA CÍA: DD / MM / AAAA FECHA VENCIMIENTO CONTRATO: DD / MM / AAAA

TIPO DE SALARIO: ☐ SALARIO ORDINARIO $ _____ ☐ SALARIO INTEGRAL $ _____

No. DE CUENTA: _____ BANCO: _____ TIPO DE CUENTA: ☐ AHORROS ☐ CORRIENTE

DESCRIPCIÓN ECONÓMICA: _____ CIIU: _____ DECLARA RENTA: SÍ ☐ NO ☐

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SÍ ☐ NO ☐
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SÍ ☐ NO ☐
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SÍ ☐ NO ☐
¿Es una persona políticamente expuesta - PEP ? SÍ ☐ NO ☐
Si alguna de las anteriores preguntas es afirmativa, por favor explique: _____

VEHÍCULO
CARRO: ☐ PLACA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____
MOTO: ☐ PLACA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ SEXO: M ☐ F ☐

TIPO DE DOCUMENTO: _____ No. _____ E-MAIL PERSONAL: _____ No. CELULAR: _____

ENTIDAD DONDE LABORA: _____ DIRECCIÓN DE LA CÍA: _____ TELEFONO: _____

INGRESOS MENSUALES: $_____ EGRESOS MENSUALES: $_____

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS

INMUEBLES $_____
VEHÍCULOS $_____
OTROS ACTIVOS $_____
TOTAL ACTIVOS $_____

PASIVOS

OBLIGACIONES FINANCIERAS $_____
TARJETAS DE CRÉDITO $_____
OTRAS OBLIGACIONES $_____
TOTAL PASIVO $_____

TOTAL PATRIMONIO: $_____

INGRESOS MENSUALES

INGRESOS ACTIVIDAD PRINCIPAL: $_____
OTROS INGRESOS: $_____
TOTAL INGRESOS: $_____

EGRESOS MENSUALES

ARRIENDO O CUOTA VIVIENDA $_____
GASTOS DE SOSTENIMIENTO $_____
GASTOS FINANCIEROS $_____
TOTAL EGRESOS $_____

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento designo como beneficiarios del saldo de aportes y ahorros a las siguientes personas de acuerdo con porcentaje asignado:

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	PARENTESCO	DIRECCIÓN	%
1				F M			
2				F M			
3				F M			
4				F M			
5				F M			

*Es de aclarar que las personas relacionadas en cuadro anterior, son los directos beneficiarios con derecho a los auxilios de bienestar social de acuerdo con el reglamento del mismo.

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ PARENTESCO: _____

E-MAIL PERSONAL: _____ DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____ No. DE CELULAR: _____

REFERENCIA PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ PARENTESCO: _____

E-MAIL PERSONAL: _____ DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____ No. DE CELULAR: _____

OPERACIONES DE MONEDA EXTRAJERA

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SÍ ☐ NO ☐ ☐ Importación ☐ Exportación ☐ Inversiones ☐ Préstamos en moneda extranjera

¿Posee CDTS en moneda extranjera? SÍ ☐ NO ☐ ☐ Transferencias ☐ Pago servicios ☐ Otros ¿cuál? _____

¿Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SÍ ☐ NO ☐

EN CASO DE SER AFIRMATIVO INDIQUE

No. DE CUENTA	BANCO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

DECLARACIÓN DE ORIGENES DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** , 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 mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** 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 GRUPO CARVAL,** para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos en inversiones en **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** tienen procedencia licita y están soportados con el desarrollo de actividades legitimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** para dar cumplimiento a la normatividad vigente.
8. La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.
9. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** para que la verifique.

AUTORIZACIONES

En caso de aprobarse mi ingreso autorizo al Departamento de Nómina de _____para que realice los descuentos por concepto de ahorros y aportes del salario mensual **(70% si es salario integral)** los cuales serán registrados: **70%** en mi cuenta de ahorros permanentes y el **30%** en mi cuenta de aportes sociales a partir del mes _____ los 15 ☐ y 30 ☐ , y futuras obligaciones que contraiga con el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL.** Autorizo el descuento del _____**%** o **$**_____ **(mínimo el 3% máximo el 10%)**

Autorizo a **FECARVAL**, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a Centrales de Riesgo, de cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. 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. Igualmente, autorizo para que la notificación sobre el estado de mi obligación o cualquier comunicación que provenga de la entidad me sea informada por medio electrónico al correo registrado.

Por otra parte, me sujeto a las normas vigentes y aplicables sobre prevención y control del lavado de activos y financiación del terrorismo, a sabiendas que el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL**, busca cumplir con las normas generales y particulares sobre prevención y control al lavado de activos, establecer y utilizar mecanismos de prevención y control del lavado de activos, conocimiento del cliente, detección y reporte de operaciones sospechosas y control al financiamiento del terrorismo. Igualmente autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** para que con respecto a todo título valor que entregue, bien sea con destino a ahorros del suscrito o en pago de obligaciones a mi cargo, cuando sea posible establecer la identificación del girador y/o de los anteriores tenedores de los mismos, pueda verificar que: 1) Los anteriores tenedores y el titular de los valores no se encuentren en alguna de las listas públicas internacionales o locales de personas señaladas como narcotraficantes, terroristas, sujetos a extinción de dominio y responsables fiscales o 2) Los anteriores tenedores y el titular no tengan medidas de incautación conocidas en el mercado en procesos por lavado de activos.

Por lo demás, el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL,** podrá cruzar en cualquier momento la información de sus bases de datos con las listas públicas internacionales y locales sobre personas investigadas por lavado de activos, financiación del terrorismo y extinción de dominio. Cuando quiera que la investigación arroje resultados positivos, se procederá a tomarlas decisiones pertinentes teniendo en cuenta las Políticas de Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y las normas vigentes.

Declaro conocer las políticas concernientes a la Prevención y Control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y disposiciones que rigen la materia y faculto al **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** , para bloquear inmediatamente mis ahorros y para exigir el pago de las obligaciones a cargo del mismo, una vez llegado el vencimiento de los títulos valores, cuando quiera que el suscrito llegare a estar vinculado de alguna manera a listas de publica circulación internacional o local relacionadas con delitos tipificados en Colombia como lavado de activos o financiación del terrorismo, así en Colombia no se hubiera iniciado investigación sobre el particular, Autorizo mi retiro voluntario al encontrarme en algún listado restrictivo referente al lavado de activos y financiación al terrorismo.

De igual forma autorizo descuentos indirectos determinados por estatutos y aprobados por asambleas como cuotas extraordinarias, actividades y cualquier otra que dé origen al vínculo de asociación.

En caso de retiro de la empresa patronal, autorizo sean descontados de mis prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, salarios, honorarios, pensión y cualquier otro valor a mi favor los saldos de crédito y demás obligaciones legales que tenga con el Fondo de Empleados.

Autorizo el manejo, uso y reporte de datos personales de acuerdo a lo contemplado **Ley 1581 de 2012**, Ministerio de Industria y Comercio.

Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL** para solicitar a mi empleador actual o futuro información relacionada con mi salario, ingresos, cargo, antigüedad laboral y demás datos necesarios para la actualización de información, el análisis de solicitudes de crédito, la prestación de servicios y el cumplimiento de las obligaciones derivadas de mi calidad de asociado.

ANEXOS

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía
- Para los asociados de otras nacionalidades deben anexar cédula de extranjería, pasaporte y permiso especial de permanencia para ciudadanos venezolanos.
- Para pensionados se solicita fotocopia de la cédula de ciudadanía y resolución .

FIRMA Y HUELLA

Atentamente,

_____ _____

Firma y C.C. Ciudad y fecha

Huella índice derecho

EXPRESAMENTE DECLARO QUE CONOZCO Y ME SOMETO COMO ASOCIADO A LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DEL FONDO DE EMPLEADOS

USO EXCLUSIVO PARA FECARVAL

TIPO DE AFILIACIÓN	Nuevo		Referido por	
	Reintegro		Motivo del Retiro	

	SELECCIONE LOS APLICADOS	SÍ	NO	OBSERVACIÓN
VALIDACIONES	Recursos Humanos			
	Datos y Referencias			
	Datos y Referencias			
	Listados Restrictivos (LA/ FT)			
	Consulta a centrales de riesgo			
	Antecedentes disciplinarios			
	Otros			
APROBACIÓN	Fue aprobado			*NO. ACTA :*

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Quien Verifica: Gerente ☐ Oficial de Cumplimiento ☐ Otro ☐

Firma Quien Verifica: _____

Fecha de Recibido: DD / MM / AAAA

Quien Recibe: _____

FECARVAL
Fondo de empleados Grupo Carval
NIT. 830.032.254-2

A001

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ASOCIADOS

1. AUTORIZACION DATOS DE EL ASOCIADOS

De acuerdo con la **Ley Estatutaria 1581 de 2.012** de Protección de Datos y con el **Decreto 1377 de 2.013**, autorizo, previa, informada, consentida y expresa como titular de mis datos públicos, privados, semiprivados y sensibles (Huella dactilar, imágenes, video), que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL**, siendo tratados con la finalidad de prestar principalmente los siguientes servicios fomentar el ahorro de los asociados con mira a generar recursos destinados especialmente a la satisfacción de necesidades de crédito, actividades comerciales, industriales y de servicios que contribuyan al mejoramiento económico, social y cultural de sus asociados y sus familiares, descuentos de nómina, Igualmente fomenta los lazos de respeto, solidaridad, compañerismo entre los asociados y desarrolla la integración social y económica, servicios de previsión, solidaridad, educación, vivienda y bienestar social de sus asociados y su grupo familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos, de igual modo autorizo la transferencia de datos a terceras entidades con las que el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL** tenga convenios en pro de los servicios que presta para beneficio del asociado como: aseguradoras, servicios exequiales, de turismo, telefonía y/o cualquier otro servicio que preste. Que serán incorporados en una base de datos, responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL** en su condición de entidad sin ánimo de lucro.

2. AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR

De igual forma autorizo para que los datos personales de mi cónyuge y/o integrantes de mi núcleo familiar en calidad de beneficiarios sean tratados por el **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL** y si es el caso, en calidad de representante legal del menor _____ que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO CARVAL FECARVAL**. Declaro que he sido informado de que no estoy obligado a suministrar ni a autorizar el tratamiento de mis datos sensibles. Asimismo, sé que puedo ejercer mis derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión o revocación mediante una solicitud escrita que indique el derecho a ejercer en el asunto, a través de los siguientes canales:

- **Correo Postal:** Calle 17A N° 32 – 34 (Fondo de Empleados Grupo Carval)
- **Correo electrónico:** gerencia.fecarval@pharmetiquelabs.com

Titular de los Datos

FIRMA: _____

C.C : _____

Representante Legal del Menor

FIRMA: _____

C.C : _____