

## FF-1 SOLICITUD DE ASOCIACION

Carrera 5 No. 52 - 56 Cali Valle

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Normatividad Vigente emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, este formato debe ser diligenciado completamente en letra imprenta con tinta negra, sin errores de enmendaduras o tachones.

### 1. INFORMACION PERSONAL

Tipo documento Identidad				Número	Fecha Expedición			Lugar Expedición		Sexo	
CC	TI	CE	PAS		DD	MM	AAAA		F	M	
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre		
Fecha Nacimiento			País de Nacimiento			Departamento			Municipio		
DD	MM	AAAA									
Estado Civil:		Soltero(a)	Casado(a)	Union Libre	Separado(a)	Divorciado(a)	Viudo(a)				
Nivel Educativo		Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnólogo	Profesión					
		Universitario	Especialización	Otros	Valor Aporte Mensual						
Direccion Residencia				Comuna	Barrio	Ciudad	Departamento				
Telefono Residencia			Celular	E-mail							
Tipo de Vivienda		Propia	Arrendada	Familiar	Casa	Apto.	Finca	Cond.	Estrato Social		

### 2. INFORMACION LABORAL

Empresa:		Ingredion	Gentes	Trabajamos	Fonmaíz	Pensionado/Externo	Ciudad				
Direccion Empresa:				Departamento:		Municipio:					
Actividad Economica:		Dependencia				Area		Cargo		CIU:	Telefono/Extension
								Fecha Ingreso			
								DD		MM	AAAA

### 3. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS		EGRESOS	
Detalle Ingreso	Valor Mensual	Detalle Egreso	Valor Mensual
Salario Basico	\$	Arrendamiento / Cuota Vivienda	\$
Otros Ingresos	\$	Otros Egresos	\$
Total	\$	Total	\$
Descripcion Otros Ingresos:		Descripcion Otros Egresos	
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$

### 4. INFORMACION FAMILIAR

DATOS CONYUGE					
Tipo documento Identidad		Número	Sexo		Nombres y Apellidos
C.C	CE		F	M	
Telefono Residencia		Celular	E-mail		

Relacion de Hijos						
Apellidos	Nombres	T. D	Numero Doc.	Trabaja	Fecha Nac.	Nivel Academico
				SI NO		
				SI NO		
				SI NO		

Personas a cargo adicionales a su grupo familiar (que dependen económicamente del asociado)						
Apellidos	Nombres	T. D	Numero Doc.	Parentesco	Fecha Nac.	Nivel Academico

Datos Beneficiarios								
Apellidos	Nombres	T.D	Numero Doc.	Parentesco	Telefono	Fecha Nac.	Ciudad	%

5. Referencias						
Personales	Nombres	Parentesco	Telefono	Celular	Ciudad	
Familiares						

6. CONTROL DE LAVADOS DE ACTIVOS/FT										
Ha sido sancionado o investigado por procesos del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Administra recursos públicos :						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Ejerce algún grado del poder público:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Goza de reconocimiento público general:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Realiza Operaciones en moneda Extranjera:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuales? _____
Posee Cuentas en moneda extranjera:						SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Banco	<input type="text"/>	Moneda	<input type="text"/>							
Ciudad	<input type="text"/>	Pais	<input type="text"/>							
Firma										
C.C.										

7. AUTORIZACIONES
1. Solicito a FONMAIZ mi admisión como asociado. En caso de ser aprobada esta solicitud declaro acatar los estatutos y reglamentos del fondo.
2. Autorizo a la Empresa donde laboro a realizar las deducciones mensuales que FONMAIZ les envíe por concepto de <u>APORTES Y AHORRO PERMANENTE</u> el valor mensual de: \$ _____. Así mismo FONMAIZ queda autorizado para descontarme de mi salario las cuotas correspondientes a los créditos, convenios o servicios que en un futuro realice, de acuerdo a lo pactado y establecido dentro de los estatutos y reglamentos.
3. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la Información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
4. AUTORIZO a FONMAIZ para que consulte y reporte información a las centrales de riesgos.
5. CERTIFICO que la información suministrada en la presente solicitud es VERAZ asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma y autorizo a FONMAIZ para su verificación.
6. Tanto mi actividad, profesión u oficio, es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal Colombiano.
7. CERTIFICO que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio etc.) _____

8. HABEAS DATA
En cumplimiento con la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013 FONMAIZ requiere obtener su autorización para que de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, permita recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, actualizar, intercambiar y en general dar tratamiento a los datos, fotos que seran suministrados por usted, los cuales serán incorporados en las distintas bases de datos con las que cuentan nuestra organización.

9. AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO					
Tipo de Cuenta	Ahorro <input type="checkbox"/>	Autorizo a FONMAIZ, para realizar transferencias electrónicas del dinero producto de créditos, ahorros, retiros y devoluciones a mi nombre o a terceros			
	Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta Numero	<input type="text"/>	Entidad	<input type="text"/>
Firma					Funcionario que recibe
C.C.					Fecha de radicación
Fecha de diligenciamiento:	DD	MM	AA		
Observaciones:					

10. ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR FONMAIZ			
Aprobado	Fecha Entrevista	Acta No.	Observaciones
SI NO	DD MM AA	<input type="text"/>	
Nombre y firma del Funcionario quien realiza la entrevista		Fecha de verificación	Nombre y firma del Funcionario quien verifica la información
		DD MM AA	

Documentos que se deben anexar
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones ).
Fotocopia del documento de identificación.
Declaración de renta del último período gravable disponible.