

	FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATLANTICO “FONVIMA” NIT: 900.940.343-9 BIENESTAR UNION CONFIANZA SOLIDEZ Y RESPALDO FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE ASOCIADOS		SOLICITUD DE AFILIACION	
			No.	
		Fecha de Diligenciamiento		
		DDMMAAAA		
El siguiente formulario debe ser diligenciado con letra imprenta y legible				
Tipo de Solicitud: Vinculación ☐ Actualización ☐		Ciudad	Oficina	
I INFORMACION GENERAL				
Persona natural				
Nombres y apellidos:		Tipo Documento C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ PAS ☐		
		No Identificación:		
Lugar de Expedición:	Fecha de Expedición: DDMMAAAA		Fecha de Nacimiento: DDMMAAAA	
		Lugar de Nacimiento:		
Dirección Residencia:	Ciudad:	Celular y / o Teléfono	Email:	
Profesión:		Ocupación:		
Nivel de Estudios: Bachiller ☐ Técnico o Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐				
Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión Libre ☐ Viudo(a) ☐		Genero M ☐ Femenino ☐ Otro ☐ Estrato Socioeconómico (1-6) ☐		
Institución Educativa donde labora (Activo) Pensionado ☐				
Dirección de la Entidad:	Ciudad:	Celular y / o Teléfono	Email:	
Fecha de Nombramiento: DDMMAAAA	Tiempo de servicios	Cargo y/o Nivel de Escalafón Docente:	Asignación Salarial: \$	
¿Administra recursos públicos? SI ☐ NO ☐		¿Tiene reconocimiento público? SI ☐ NO ☐		
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada PEP? (Persona Públicamente Expuesta) SI ☐ NO ☐		¿Está sujeto a obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? SI ☐ NO ☐		
II. INFORMACIÓN FINANCIERA				
Total, activos		Total, pasivos		
Ingresos mensuales		Egresos mensuales		
Otros ingresos (Diferentes a su actividad económica principal)	Concepto de otros ingresos	Patrimonio		
Información financiera a corte de: DDMMAAAA				
III. INFORMACIÓN BANCARIA				
Tiene referencias financieras SI ☐ No ☐				
Cuenta Corriente ☐ Ahorros ☐	Banco		Sucursal Teléfono	
Cuenta Corriente ☐ Ahorros ☐	Banco		Sucursal Teléfono	
IV. REFERENCIAS COMERCIALES				
Nombre	Teléfono	Dirección		
Nombre	Teléfono	Dirección		
V. OPERACIONES INTERNACIONALES				
Realiza negocios en moneda extranjera? SI ☐ No ☐	Tipo de transacciones			
	Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de servicios ☐ Transferencias ☐ Otros ☐			
Productos financieros en moneda extranjera:				
VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS				
Declaro expresamente que: 1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): 2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. 4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Universitario de La Samaritana, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario. De encontrarse alguna inconsistencia en los anteriores datos, autorizo para que de manera unilateral sean cancelados los vínculos con la ESE Hospital Universitario de La Samaritana. 5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. Eximimos al FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATLANTICO - FONVIMA, sus representantes legales y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.				
VII. DECLARACIONES ADICIONALES				
1. ¿Ha sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? SI ☐ NO ☐ 2. ¿La Entidad o alguno de sus accionistas han sido incluidos en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? SI ☐ NO ☐ 3. ¿Si es persona natural ha sido incluido en listas restrictivas como la OFAC o lista Clinton, entre otras? SI ☐ NO ☐				
VIII. FIRMA Y HUELLA				
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento				
Firma del Asociado				
Tipo de Documento C.C ☐ C.E ☐ Pasaporte ☐ No. Identificación Lugar de Expedición				
Dirección: Calle 44 No.36-95 Barranquilla – Atlántico Teléfono: 3414534 – 3049424 email: fonvimaatlantico@gmail.com – w.w.w.fonvima.com.co				



NIT No 900.940.343 -9
CALLE 44 No. 36-95 TELS. 3049423 - 3049424
Email: fonvimaatlantico@gmail.com
Página: www.fonvima.com.co
BARRANQUILLA – COLOMBIA

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR APORTES

Yo _____, Identificado con cédula de ciudadanía número _____, en mi calidad de Asociado del **FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATLANTICO** con NIT número **900.940.343-9** me permito autorizar que de mi Mesada Pensional reconocida mediante Resolución Numero _____, de fecha, _____ me sea descontado el **1%** de mi Mesada Pensional. De conformidad con lo establecido en los estatutos de **FONVIMA** y aceptados por mí al momento de la afiliación y/o vinculación.

ESPACIO RESERVADO A FONVIMA

Autorizo que dicho porcentaje o suma de dinero se descuente a partir de la nómina del mes de _____ del año 20 ____.

Como constancia y aceptación de lo anterior, suscribo la presente autorización a los ____ días del mes de _____ del año 20 ____.

Firma y Huella dactilar

Huella Dactilar



Nombre y Apellido Completo. _____

Identificación. _____

Dirección Y teléfono. _____

**Anexar Los siguientes Documentos: Copia Resolución Donde Reconocen Pensión Fiduprevisora.
Ultimo Volante de Pago y Fotocopia de Cedula**

Autorización para el tratamiento de datos personales

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por **FONVIMA** de que:

1. FONVIMA actuará como responsables del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.fonvima.com.co
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por las entidades y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de **FONVIMA**.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico: **fonvimaatlantico@gmail.com**
6. La Entidad garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **FONVIMA** para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en Barranquilla, el ____ de _____ del año 20__

Nombre Y Apellido: _____

Identificación: _____

Firma: _____

NOTA: Por favor diligencie este documento con su nombre, identificación, fecha y firma.