



FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A.
SOLICITUD DE AFILIACION
ACTUALIZACION DE INFORMACION

INFORMACION PERSONAL

Nombres:		Apellidos:	
Tipo de Documento de Identificación: Cedula de Ciudadania <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cedula de Extranjeria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____			
Numero de Documento de Identificación:		Lugar de Expedición del Documento de Identificación:	
Código CIU de la actividad u ocupación del asociado:		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Fecha y Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	Teléfono Residencia:
Departamento de Residencia:	Ciudad de Residencia:	Dirección Residencia:	
Teléfono Celular:		Correo Electrónico Personal:	
Estado Civil:		Vive en Casa: Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	
Estrato:	Es Declarante de Renta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mujer Cabeza de Familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Numero de Personas a Cargo Económicamente:		Nivel educativo alcanzado:	

INFORMACION LABORAL

Empresa:		Ciudad o Localidad de Trabajo:	
Cargo:		Fecha de Ingreso Empresa:	
I.D. N°:		Salario:	
¿Por su cargo o actividad, maneja recursos publicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Por su cargo o actividad, ejerce algún grado de poder publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico en general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:	
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que por su cargo u Oficio manejen recursos publicos, ejerzan algún grado de poder publico y/o gozen de reconocimiento publico en general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> - En caso de SI, indicar quien(es)? _____			

INFORMACION FAMILIAR (Indispensable diligenciar toda la información)

PARENTEZCO	NOMBRE COMPLETO	PARENTEZCO	NOMBRE COMPLETO
Padre		Hijo(a)	
Madre		Hijo(a)	
Cónyuge		Hijo(a)	
Hijo(a)		Hijo(a)	
Hijo(a)		Hijo(a)	

INFORMACION FINANCIERA (Indispensable diligenciar toda la información)

Ingresos Mensuales:		Egresos Mensuales:	
Otros Ingresos:		Total Activos:	
Total Ingresos:		Total Pasivos:	
Realiza transacciones en Moneda extranjera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Posee cuentas en moneda extranjera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Banco:	País:	Ciudad:	Moneda:
		Numero de Cuenta:	

Autorización de entrega de dinero a beneficiarios: En caso de mi fallecimiento, y una vez sea descontado del valor de mis ahorros y aportes los créditos contraídos y toda obligación generada como asociado, solicito y autorizo voluntariamente que todo saldo que presentara a mi favor producto de mis ahorros, aportes, auxilios, seguros y cualquier otro concepto, sea entregado a:

Nombre Completo	Parentesco	(%)

AUTORIZACIONES, DECLARACION, CONDICIONES Y COMPROMISOS

1- De acuerdo con los Estatutos y demás reglamentos, de ser aprobada mi solicitud, autorizo que EXPRESO BRASILIA S.A. UNITRANSCO S.A., COOTRAXIBUS, CENPAR, FONEB, TRANSPORTES GAVIOTA AZUL Y/O EMPRESA ARAUCA S.A. descuento de mi salario, prestaciones sociales y cualquier otro concepto devengado a través de mi relación laboral, las obligaciones contraídas con el FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB, por concepto de aportes, ahorros permanentes, créditos, intereses, donaciones, toda actividad pro-fondos y cualquier otro concepto. Así mismo, en caso de mi desvinculación como asociado de FONEB, autorizo descontar el valor total o saldos correspondientes a obligaciones crediticias contraídas con el FONEB y otros conceptos, de los saldos a mi favor, como ahorros, aportes y otros conceptos. Autorizo me sea descontado el _____% del valor total de mi salario devengado, como ahorros y aportes mensuales. Además autorizo descontar contribución por valor equivalente al 5% de 1S.M.M.L.V., en () cuotas. 2-Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación. 3-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. 4-Eximo al FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasiona por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones. 5-Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario. 6-Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas. 7-No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo. 8-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 (nombre del Fondo) para dar cumplimiento a la normatividad vigente. 9-Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB - 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 las Centrales de Riesgo.

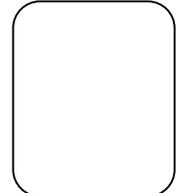
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Como titular de la información, autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. - FONEB de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales y distribuirlos a terceros con el fin de obtener beneficios declarados en los reglamentos y estatutos del fondo y en general para el tratamiento de mis datos con cualquier finalidad propia del objeto del FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. - FONEB. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la Ley 1581 de 2012:a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer,entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a sus datos personales;d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e)Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de industria y Comercio haya determinado que en el Tratamiento el Responsable o Encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la Constitución; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.El responsable del tratamiento de los datos es FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB. Ubicado en la carrera 35 # 44-63, Barranquilla - Atlántico Tel. 3715499.Así mismo autorizo a FONDO DE EMPLEADOS DE EXPRESO BRASILIA S.A. FONEB para enviarme correos electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio, con el fin de suministrarme información mi interés o cualquier información con ello relacionada.

FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

FIRMA



HUELLA

Recibí charla de conocimiento de servicios y beneficios?. De quien?
 SI NO

Nombre de la persona que me invitó a afiliarme a FONEB:

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FONEB

INFORMACION ENTREVISTA	VERIFICACION DE LA INFORMACION
Lugar de la entrevista: <input type="text"/>	Fecha de Verificación DIA: <input type="text"/> MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/> Hora <input type="text"/>
Fecha de la entrevista: DIA: <input type="text"/> MES: <input type="text"/> AÑO: <input type="text"/>	Nombre y Cargo de quien verifica: <input type="text"/>
Hora de la entrevista: <input type="text"/>	Resultado: Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>
FIRMA	FIRMA
OBSERVACIONES	OBSERVACIONES

VoBo Gerencia	VoBo Junta Directiva
Sistematizado por:	Fecha 1er Descuento: <input type="text"/> FORMATO (Versión) 03/24