



FORMATO
AFILIACION ASOCIADO

Codigo	FO-FON-10
Version	3
Country	CO

FONDO DE EMPLEADOS DE DHL EXPRES COLOMBIA LTDA
NIT. 800.186.333-8
CR 85D No. 46A 38

La información solicitada es de uso confidencial, para uso exclusivo de FONDHIL. Por favor no dejar espacios en blanco.

IMPRIMIR A DOBLE CARA

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de Identificación CC CE TI OTRO Número Fecha de Expedición Grupo Sanguíneo

Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:

Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento: Estado Civil: Soltero Casado Unión Libre Divorciado Otro

EPS: FPS CESANTIAS Tiene vehículo: SI NO

Nivel de Estudios: Primaria Secundaria Técnico/Technólogo Universitario Especialización Profesión

Dirección: Teléfono: Celular:

Ciudad: Barrio: Estrato: VIVIENDA: Propia Familiar Arrendada:

E-mail empresa: Envío de correspondencia E-mail personal: Envío de correspondencia

2. BENEFICIARIOS:

IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PARTICIPACIÓN
Tipo	No.			
Tipo	No.			
Tipo	No.			

3. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa o Agencia: Fecha de Ingreso: Tipo de Contrato: Fijo Indefinido

Dirección: Teléfono: Celular: Ciudad:

Salario o Ingreso Mensual: \$ Aporte Mensual: \$ Porcentaje Mínimo 5% - Máximo 10%: %

Cuenta Bancaria Nomina:

Banco: Cuenta No.: Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente:

4. INFORMACIÓN ADICIONAL

Otros ingresos: \$ Egreso mensual: \$ Actividad Económica del asociado - CIU Secundaria

¿Qué procedencia tienen los otros ingresos?

Realiza operaciones en moneda extranjera: SI NO ¿Posee cuentas en moneda extranjera?: SI NO Moneda

Pais Banco: Cuenta No.

5. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado público? SI NO

¿Por su cargo o actividad, goza de reconocimiento público general? SI NO Si alguna de sus respuestas es afirmativa por favor especifique

¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumple con las características anteriores? SI NO Si es afirmativa escriba el nombre completo

6. CLÁUSULAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Dedaro expresamente que:

1. 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 comprendidas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarlos conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecido FONDHL.
3. Incumplimiento de esta obligación faculta a FONDHL, para revocar y/o prescindir unilateralmente el vínculo de asociación.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificadas en la forma en que aparecen escritas.
6. Manifiesto que no he sido declarado responsable jurídicamente por la comisión de delitos contra la administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o el exterior, o soborno transaccional.
7. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

7. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo actuando en nombre propio como aparece al pie de mi firma, autorizo al pagador de la nómina o EMPRESA PATRONAL, donde trabajo y quien determina el vínculo de asociación con el Fondo de Empleados, a descontar de mi nómina, la cuota de aportes, ahorros, cartera y demás servicios que tenga contratados con FONDHL. De igual modo autorizo a descontar de mis salarios, cesantías, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tengan derecho las cuotas tanto de aportes como de los servicios contratados con el Fondo, a mi retiro de FONDHL. Autorizo irrevocable y expresamente a FONDHL, para que pase mis descuentos y descuenta los valores por nómina o en el caso de retiro de la compañía sea descontado de mis salarios y/o prestaciones sociales legales y extralegales el saldo que FONDHL pase de cruzar mis cuentas, de igual manera los autorizo para que FONDHL realice consultas y reportes a las Centrales de Riesgo o entidades debidamente autorizadas en el País que manejen dichas bases de datos, entre otras Datacredit, Cifin de asobancaria, etc., para constancia se firma en la fecha expresa en esta solicitud. Declaro conocer los estatutos, reglamentos vigentes y autorizo los descuentos establecidos en los mismos. Conozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los Estatutos vigentes, como en general con toda la Reglamentación de FONDHL. Manifiesto que toda la información suministrada es veraz y en constancia de haber leído, entendido y aceptado, firmo el presente documento.

8. REFERENCIAS

	Nombre	Dirección	Móvil
FAMILIAR			
PEP			

Me comprometo a actualizar anualmente la información suministrada en este formato SI NO

NOTA: Como constancia de haber leído, entendido y acepto lo anteriormente, declaro que la información que he suministrado al Fondo de Empleados de DHL EXPRESS COLOMBIA LTDA es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año, en la ciudad de _____.

Nombre del solicitante: _____ Firma: _____

Fecha de diligenciamiento: _____ CC: _____

HUELLA INDICE DERECHO

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITUD DE INGRESO

- | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| 1. Solicitud de vinculación totalmente diligenciado | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 3. autorización descuento Nómina | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 5. Desprendible de pago de la nómina | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Fotocopia de la cédula | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 4. Autorización tratamiento de datos personales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | (*No mayor a 30 días de su expedición) | |
- Fecha de la verificación: _____ Observaciones: _____
- Sugerencia Aceptado Rechazado Observaciones: _____ Acta de Junta Directiva: _____

10. REFERENCIAS**REF. PERSONALES****REF. FAMILIARES**

Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Ocupación: _____	Ocupación: _____
Parentesco: _____	Parentesco: _____
_____	_____
_____	_____
¿Sabe donde labora actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde? _____
Observaciones: _____	Observaciones: _____
¿Se presentó inconsistencia en la información verificada?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Sabe donde labora actualmente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	¿Dónde? _____

11. VERIFICACIÓN**1. DOCUMENTACIÓN SOLICITADA**

- | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| 1. Solicitud de vinculación totalmente diligenciado | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 3. autorización descuento Nómina | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 5. Desprendible de pago de la nómina | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Fotocopia de la cédula | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 4. Autorización tratamiento de datos personales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | (*No mayor a 30 días de su expedición) | |
- Observaciones: _____ Nombre del responsable de la verificación: _____
- Fecha/entrega/oficial de cumplimiento: _____ Firma: _____
- | | | | | | |
|---|----------------------|---|---|---|---|
| Fecha de la verificación de la información | Hora | Entrevista Personal | Entrevista familiar | Operaciones en moneda extranjera | Actividad Econó. del aso. - CIU Principal |
| _____ | _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | _____ |
| PEPS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Explique: _____ | ¿Vínculo con un PEPS? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Explique _____ | INGRESOS: \$ _____ |
| PATRIMONIO _____ | Observaciones: _____ | | | | EGRESOS: \$ _____ |

PRINCIPAL / Nombre: _____

SUPLENTE / Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN