

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA FOLIMP

NIT 900.183.838 -4

Formato 01a – V2

SOLICITUD DE ASOCIACION

Fecha de Solicitud			Ciudad:		
DIA	MES	AÑO			
1. INFORMACION PERSONAL					
Apellido (s):			Nombre (s):		
N.º de Identificación:		Tipo de Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____			Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Lugar y Fecha de Expedición:		Nacionalidad:	Ciudad de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento		Estado Civil:			
DIA	MES	AÑO	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> U. Libré <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Número de personas a Cargo: _____			Es Usted Mujer Cabeza de Familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estrato:
Código Actividad (CIU):	Profesión:	Teléfono Fijo:		Celular:	
Dirección de Residencia:			Departamento de Residencia:	Ciudad de Residencia:	
Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico:			
2. INFORMACION ACADEMICA					
Nivel de Estudios:					
Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post-Grado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual? _____					
3. INFORMACION LABORAL					
Indique la empresa para la cual Trabaja:					
(01) Ecotrans SA: <input type="checkbox"/>		(04) Ciudad Limpia Huila SA ESP: <input type="checkbox"/>		(07) Ciudad Limpia Neiva SA ESP: <input type="checkbox"/>	
(02) Ciudad Limpia Bogotá SA ESP: <input type="checkbox"/>		(05) Ecolimpia SAS ESP: <input type="checkbox"/>		(08) Soluciones Inmediatas SA: <input type="checkbox"/>	
(03) Ciudad Limpia SA ESP: <input type="checkbox"/>		(06) Aseinges Outsourcing SAS: <input type="checkbox"/>		(09) Fondo de Empleados FOLIMP: <input type="checkbox"/>	
(10) RH SAS: <input type="checkbox"/>					
Ocupación u Oficio (Cargo):			Tipo de Contrato: Indefinido ____ Fijo ____ Obra o Labor ____		
Dirección Trabajo:			Teléfono (s):	N.º Fax:	
Salario: \$		F. Inicio Contrato:		F. Final Contrato:	
4. BENEFICIARIOS					
Nombres y Apellidos		Nº Documento		Parentesco	
				%	

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA FOLIMP
NIT 900.183.838 -4

5. INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales \$	Activos \$
Egresos Mensuales \$	Pasivos \$
Otros Ingresos \$	Cuota Mensual de sus Pasivos: \$

6. DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuáles?:

- ¿Maneje recursos públicos o tenga poder de disposición sobre estos? Si No
- ¿Tiene o goza de poder público? Si No
- ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? Si No
- ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si No

7. CUOTA PERIODICA OBLIGATORIA

El Valor de mis aportes mensuales corresponderá al (Marque una X)

4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
----	----	----	----	----	----	-----

Tenga en cuenta que:

- La base del aporte será su salario básico (mínimo 1 SMLV y máximo 3 SMLV) sin incluir horas extras, recargos u otros ingresos adicionales.
- El aporte se pagará de manera directa por descuento de nómina.

8. AHORRO PROGRAMADO Y/O VOLUNTARIO

Desea realizar Ahorro Programado SI NO

Valor cuota \$. _____ Nómina Mensual Nomina Quincenal

Tenga en cuenta que:

- Se realiza devolución o retiro del ahorro semestralmente en las fechas programadas por **FOLIMP**, en los meses de **JUNIO** y **DICIEMBRE** del respectivo año.
- Autorizo que dicho ahorro sea consignado en mi respectiva cuenta de nómina.
- Los depósitos de **AHORRO PROGRAMADO** se definen como un convenio de ahorro entre **FOLIMP** y el asociado depositante, mediante el cual este último se compromete a depositar unas cuotas periódicas determinadas, a través de los descuentos por nomina, durante un plazo establecido, y la depositaria se obliga a reconocer una tasa de interés definida.

9. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda Extranjera? Si No

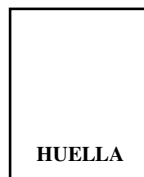
¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si No

Cuales: _____

Nº Cuenta _____ Banco _____

Ciudad _____ Pais _____

Declaro que no realizo Transacciones en moneda extranjera



FIRMA DEL SOLICITANTE

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA FOLIMP

NIT 900.183.838 -4

10. CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA – FOLIMP con NIT 900.183.838-4**, 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. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. En caso que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión de derechos a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a las centrales de riesgo a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con **FOLIMP** o con quien represente sus derechos.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

11. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a **FOLIMP** con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vinculo o relación con **FOLIMP**.

1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a **FOLIMP**, 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 **FOLIMP**, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar transacciones con **FOLIMP** tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
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 la información que solicite el fondo, en los plazos que requiera y por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por **FOLIMP** sin que esta me exonere a que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

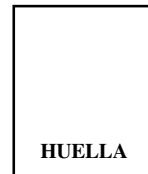
FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA FOLIMP
NIT 900.183.838 -4

12. AUTORIZACION DE DESCUENTO Y TRATAMIENTO DE DATO PERSONALES

De ser aceptada la presente solicitud de ingreso del suscrito, autorizo al pagador _____ o donde llegase a laborar, para que realice de manera irrevocable los descuentos por nomina y transfiera a **FOLIMP** las sumas correspondientes a los aportes, ahorros y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación. De igual forma autorizo para que me sea descontado de las primas, vacaciones, cesantías, indemnizaciones y demás emolumentos que por la relación laboral me lleguen a corresponder.

Al firmar este documento, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al **Fondo de Empleados del Grupo Ciudad Limpia – FOLIMP**, para que mis datos personales puedan ser almacenados y usados con el fin de lograr una eficiente comunicación y autorizo en los mismos términos que dicha información pueda ser tratada conforme a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios. Así mismo, he sido informado sobre la política para la protección de datos personales del **Fondo de Empleados del Grupo Ciudad Limpia – FOLIMP**. La información obtenida para el tratamiento de los datos personales se ha suministrado de forma voluntaria y verídica. Para cualquier información e inquietud podrá dirigir su solicitud al correo electrónico ferazo@ciudadlimpia.com.co.

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 presente documento.



FIRMA DEL SOLICITANTE

(Con la presente firma y huella autorizo los descuentos correspondientes a los numerales 6 y 7 diligenciados en el presente formulario y a todo lo estipulado en el **Art 14** del Estatuto de FOLIMP).

13. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FOLIMP

OBSERVACIONES: _____

Fecha de Entrevista
 DIA MES AÑO

Fecha de Verificación
 DIA MES AÑO

Ingreso de Afiliación
 DIA MES AÑO

Firma y Nombre Persona Responsable de la Entrevista

Firma y Nombre Persona Responsable de la Verificación.

Documentos Anexos	SI	NO
Consulta Lista ONU		
Consulta Lista OFAC		
Fotocopia Documentos de Beneficiarios		
Fotocopia del Documento de Identificación		
Consulta Antecedentes Fiscales (Contraloría)		
Autorización Tratamiento de Datos Personales		
Consulta Antecedentes Disciplinarios (Procuraduría)		
Autorización Informada para Datos de Menores de Edad		
Consulta Antecedentes Penales y Judiciales (Policía Nacional)		