



VINCULACIÓN, REINGRESO Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS ASOCIADOS

FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES"

TRÁMITE SOLICITADO

Inscripción
Actualización de datos
Reingreso
Traslado activo a Jubilado

DD/MM/AAAA

F-SARLAFT-02, V2, 09/05/2023

CIUDAD/MUNICIPIO

FECHA DE SOLICITUD: DD/MM/AAAA

HORA: 00:00

INFORMACION PERSONAL

Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:			
Tipo de Identificación:	C.C C.E PTT PPT	Nº de Identificación:	Nacionalidad	Grupo Sanguineo LETRA	RH LETRA	Genero F M O	
Pais	Departamento	Municipio	Lugar y fecha de Nacimiento:			DD / MM /AAAA	
Pais	Departamento	Municipio	Lugar y fecha de expedición:			DD / MM /AAAA	
Estado civil: Soltero (a) _Unión Libre __ Casado (a) __Divorciado (a) __Viudo (a)__ Separado (a) __				Mujer Cabeza de Familia Si ____ No ____	Nº hijos	Nº personas a Cargo:	
Actividad economica Principal				Codigo CIU			
Actividad economica Secundaria				Codigo CIU			

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel de estudios:	Ninguno	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnológico	Universitario	Especialización	Maestría	Doctorado	Posdoctorado
Profesión:	Posgrado:		Título Obtenido:							

INFORMACIÓN DE UBICACIÓN

Dirección de residencia:		Barrio	Municipio	Departamento	Zona Residencial Urbana Rural
Nº Celular	Nº Telefono		Correo electronico		
Tipo de vivienda	Propia	Arrendada	Familiar	Estrato	

INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR

Relacione los miembros de su grupo básico familiar en el siguiente recuadro: Asociado Soltero: Padres, hermanos e hijos (menores de 25 años). Asociado Casado: Padres, cónyuge, hijos (menores de 25 años).

Tipo de documento de indentidad	Nº de identificación	Nombre (s) y Apellidos Completos	Parentesco	Fecha de Nacimiento

INFORMACIÓN EMPRESA

EMPRESA		CARGO		TIPO DE CONTRATO	
SOBERANA	<input type="checkbox"/> CONTINUIDAD			FIJO	<input type="checkbox"/>
CIA TRANSPORTES EL ROBLE SAS	<input type="checkbox"/> EXASOCIADOS			INDEFINIDO	<input type="checkbox"/>
IAZ Y CIA SAS	<input type="checkbox"/>			PRESTACIÓN DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>
HUELLAS FES	<input type="checkbox"/>			OBRA O LABOR	<input type="checkbox"/>
Dirección de empresa		Departamento		Ciudad	
Telefonos		Extensión	Fecha de Ingreso	Fecha de Terminación	
			DD/MM/AAAA		DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE

Individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, por ejemplo, Tesoreros y ordenadores del gasto de la Altas Cortes y Tribunales, Fiscalía General de la Nación, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Contaduría General de la Nación y Auditoría General de la República, Representantes legales, presidentes, directores y tesoreros de partidos y movimientos políticos, y de otras formas de asociación política reconocidas por la ley.

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI ___ NO ___

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI ___ NO ___

¿Tiene usted un familiar que maneja recursos públicos? SI ___ NO ___

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada políticamente expuesta? SI ___ NO ___ ¿Que vínculo? _____

En caso de que alguna de las respuestas sean afirmativas, reponder las siguientes preguntas

	Relacionado 1	Relacionado 2	Relacionado 3
Nombre Completo			
Cédula			
Parentesco			
Fecha de Vinculación al Cargo			
¿Posee cuentas financieras en un país extranjero?			
Cuentas con patrimonios autonomos o fiducias			

INFORMACIÓN FINANCIERA

Tipo de cuenta Ahorros ___ Corriente ___ N°	Banco	Ciudad
INGRESOS	EGRESOS	
Ingresos principales (Salarios) Integral si ___ no ___	\$	Egresos Mensuales (Gastos) \$
Otros ingresos adicionales (demostrables)	\$	Cuotas créditos mensuales \$
Describa el concepto de los otros ingresos adicionales:		
ACTIVOS (Ahorros - Bienes Propios) \$	PASIVOS (Total Deudas) \$	PATRIMONIO (Activos - Pasivos) \$

DEDUCCIONES MENSUALES PARA AHORROS

Al solicitar mi ingreso como asociado (a) a HUELLAS FES, acepto el Estatuto, reglamentos y demás normas que lo rigen.

AHORRO	DEDUCCIONES MENSUALES	CONDICIONES	FECHA DEVOLUCIÓN
VOLUNTARIO	\$	Ahorra mínimo \$10.000 mensuales, rendimiento del 3% anual. Solo se puede retirar cada 3 mes.	A solicitud del Asociado. Si retira, se debe dejar como minimo \$10,000.
IMPUESTOS	\$	Ahorra mínimo \$10.000 mensuales, rendimiento del 3% anual. Solo se puede retirar para realizar pagos de impuestos y presentar soportes.	A solicitud del Asociado.
VACACIONAL	\$	Ahorra mínimo \$10.000 mensuales, rendimiento del 3,6% anual. Solo se puede retirar para realizar vacaciones.	A solicitud del Asociado
EDUCATIVO	\$	Ahorra mínimo \$10.000 mensuales, rendimiento del 3% anual. Solo se puede retirar para realizar educación.	A solicitud del Asociado
NAVIDEÑO	\$	Ahorra mínimo \$10.000 mensuales, rendimiento del 5% anual.	El Ahorro Navideño, se paga la primera semana de diciembre.
OBLIGATORIO	\$	Ahorra entre un 2% y 10% de tu salario básico	Por Reglamento de Junta Directiva, solo se entregan cuando se da el retiro definitivo, sea voluntario o retiro de la empresa. A solicitud del Asociado
Total Ahorro	\$		

OPERACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera: SI ___ NO ___	Declaro que no realizo operaciones en moneda extranjera:
¿Cuáles?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; text-align: center;">FIRMA</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px; text-align: center; vertical-align: middle;">HUELLA</div> </div>
Posee cuentas en moneda extranjera: SI ___ NO ___	
N° de cuenta	
Banco Ciudad Pais	

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

- LIBRANZA Autorizo expresamente al pagador de mi entidad empleadora, para que de la liquidación definitiva de los salarios, bonificaciones, prestaciones, indemnizaciones y/o fondo de cesantías en el cual tengo consignadas las cesantías a las que tengo derecho, para que, en caso de realizarse la liquidación definitiva de estas, se deduzca y pague al FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES", los saldos debidos a su favor a la fecha de mi retiro de la empresa por cualquier causa. Para este efecto, declaro suficiente la certificación del FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES" sobre el monto adeudado.
- Autorizo el descuento por nómina de las cuotas mensuales por conceptos de ahorros, amortización de servicios en general, inclusive valores pagados de más por HUELLAS FES y aquellas cuotas ordinarias o extraordinarias que fije la Asamblea, destinadas a la inversión social a través de los programas de bienestar a los que como asociado tengo derecho.
- Declaro que los recursos entregados a HUELLAS FES no provienen de ninguna actividad ilícita y contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y autorizo a HUELLAS FES para que me consulte en los listados vinculados con el lavado de activos y financiación del terrorismo LA/FT.
- Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Yo _____, identificado(a) con el documento de identidad N° _____ con fecha de expedición _____, expedido en _____ obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos a HUELLAS FES, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Básica Jurídica 2020, expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorros y certificados de depósito a término.

- Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.) _____
- No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de la información actuando de manera voluntaria y libre, autorizo al FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES", o a quién represente sus derechos, a dar tratamiento a mis datos personales, para: 1. El desarrollo del objeto social, contractual y solidario que nos vincula, sin limitarse a ello, para la atención de mis solicitudes, la gestión de mi información financiera y comercial, la gestión de cobranza, entre otros relacionados; 2. La gestión de los servicios de los cuales soy titular o beneficiario, comercializados a través del FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES" o con quien legalmente constituya alianzas para beneficio de sus asociados. Igualmente certifico que dando cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Ley 1377 de 2013, y demás leyes que regulen el tema de Habeas Data, declaro que el FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES", como responsable del tratamiento y protección de mis datos personales, recolectados en virtud de mi calidad como asociado, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, para la protección, modificación o supresión de los mismos.

ACEPTO SI NO

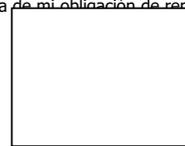
AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES", para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones relacionadas con mis obligaciones en calidad de asociado y recibir información, a través de cualquier medio de comunicación según la información suministrada en este formato. (puede marcar una o todas las opciones):

ACEPTO SI NO CORREO TELÉFONO CELULAR FÍSICO

ACTUALIZACIONES Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

- Me obligo con el FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES" a mantener actualizada la información suministrada bajo el presente formato, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información contenida, diligenciando el formulario donde se determine.
- Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este formato y haberlo comprendido con claridad, razón por la cual entiendo sus aplicaciones.
- Certifico que se me informan los derechos y deberes que tengo como asociado, además de la disponibilidad para consultar el Estatuto y reglamentos vigentes a través de la página www.huellasfes.com
- Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento, garantizando que la información que he suministrado y los anexos, son ciertos y verificables. Autorizo por lo tanto al FONDO DE EMPLEADOS LA SOBERANA "HUELLAS FES" para que verifique esta información. Se me informa de mi obligación de reportar algún cambio o actualizarla, por lo menos una (1) vez al año.



FIRMA

NUMERO DE DOCUMENTO

HUELLA

BENEFICIARIOS DE LOS AHORROS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Deseo y es mi voluntad que en caso fortuito de fallecimiento, mis ahorros y aportes sean entregados a:

Nombres y Apellidos Completos	Documento	Parentesco	Porcentaje
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE HUELLAS FES

Anexa fotocopia de la cédula SI ___ NO ___ Anexa soportes solicitados SI ___ NO ___ Esta información coincide con la registrada SI ___ NO ___

Se confirman los datos registrados en el documento SI ___ NO ___

Se verifico listas restrictivas, vinculantes y públicas SI ___ NO ___

Fecha realización entrevista	Nombres y apellidos de la persona que realizó la entrevista	Cargo	Firma
DD / MM /AAAA	_____	_____	_____
Fecha verificación de información	Nombres y apellidos de la persona que realizó la verificación	Cargo	Firma
DD / MM /AAAA	_____	_____	_____

APROBACIÓN OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

V° B Firma

Observaciones: