



FORMATO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Afiliación: Actualización de datos: Reingreso:

Ciudad: _____

Fecha de Diligenciamiento M:

DATOS DEL AFILIADO						
Primer apellido:		Segundo Apellido:		Nombres:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	No. Identificación:		Fecha de expedición: Mes / Día / Año	Ciudad de expedición:	Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año	Ciudad de nacimiento:
					Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	

INFORMACION DE CONTACTO						
Dirección de residencia:		Barrio:	Ciudad:	Departamento:	Estrato:	Tipo de vivienda: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRIENDO <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
E-Mail personal:		E-Mail corporativo:			Teléfono celular:	Teléfono fijo:
Marque donde desea recibir correspondencia: Residencia: <input type="checkbox"/> Correo corporativo: <input type="checkbox"/> Correo personal: <input type="checkbox"/> Celular: <input type="checkbox"/>						

INFORMACION LABORAL, OCUPACION, ACTIVIDAD, PROFESIÓN						
Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/>	Empresa donde labora:			Cargo:		
Sede o Planta:		Area:	Dirección Oficina:		Ciudad:	
Tipo de Salario	Salario	Tipo de Contrato	Fecha de inicio de contrato		Fecha de finalización de contrato	
Integral <input type="checkbox"/> No integral <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	Definido: <input type="checkbox"/> Indefinido: <input type="checkbox"/>	Mes / Día / Año		Mes / Día / Año	
Nivel de estudios Primaria: <input type="checkbox"/> Secundaria: <input type="checkbox"/> Técnico: <input type="checkbox"/> Tecnólogo: <input type="checkbox"/> Universitaria: <input type="checkbox"/> Posgrado: <input type="checkbox"/>				Profesión o título obtenido		

APORTES A REALIZAR	
Coloque el porcentaje de su salario que desea ahorrar, entre el 1% y el 10% de su salario básico mensual:	<input type="text"/> %

INFORMACION BANCARIA		
BANCO	TIPO DE CUENTA Ahorro: <input type="checkbox"/> Corriente: <input type="checkbox"/>	No. CUENTA

INFORMACION FINANCIERA					
Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Activos	
Salario fijo:	\$ <input type="text"/>	Gastos familiares:	\$ <input type="text"/>	Bienes raíces:	\$ <input type="text"/>
Salario variable:	\$ <input type="text"/>	Arriendo:	\$ <input type="text"/>	Vehículos:	\$ <input type="text"/>
Arrendamientos:	\$ <input type="text"/>	Cuota hipoteca:	\$ <input type="text"/>	Otros activos:	\$ <input type="text"/>
Bonificaciones:	\$ <input type="text"/>	Otros créditos:	\$ <input type="text"/>	TOTAL ACTIVOS:	\$ <input type="text"/>
Otros ingresos:	\$ <input type="text"/>	Otros Gastos:	\$ <input type="text"/>	Pasivos	
TOTAL INGRESOS:	\$ <input type="text"/>	TOTAL EGRESOS:	\$ <input type="text"/>	TOTAL PASIVOS:	\$ <input type="text"/>
Conceptos de otros Ingresos:				Descripción de otros activos:	

¿Maneja recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es funcionario público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene reconocimiento público? S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Esta o ha estado inmerso en proceso de insolvencia y/o liquidación patrimonial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

HEREDEROS LEGITIMOS DE AHORROS Y APORTES EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO						
Parentesco	Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	Identificación	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Depende económicamente
		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P. <input type="checkbox"/>			Mes / Día / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P. <input type="checkbox"/>			Mes / Día / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P. <input type="checkbox"/>			Mes / Día / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P. <input type="checkbox"/>			Mes / Día / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P. <input type="checkbox"/>			Mes / Día / Año	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS	
<p>Yo, identificado con nombre(s) y documento de identidad indicado en este documento, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado, es cierto y verificable, realizo la siguiente declaración de origen y destinación de fondos a FONDEARGOS de conformidad con las normas que regulan en Colombia los asuntos relacionados con la prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo: 1. Declaro que el origen de mis recursos y patrimonio proviene del desarrollo de</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano u otra norma que lo modifique o adicione.</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 0 auto;">Firma del asociado</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80%; margin: 10px auto;">Huella</div>

FAMILIARES ASEGURADOS EN LA POLIZA DE VIDA NO CONTRIBUTIVA

Fondeargos, a través de una compañía de Seguros, auxilia sin costo una póliza de vida para los asociados y su grupo familiar básico. La cobertura por fallecimiento aplica a partir de que el asociado cumpla los 3 meses de antigüedad con el fondo. Puede asegurar 3 personas de su grupo familiar así:

* **Asociado casado: Cónyuge o compañero(a) permanente e hijos (as) menores de 30 años.**

* **Asociado soltero: Padres menores de 71 años y/o hijos (as) menores de 30 años**

Nota: Hijos (as) con algún tipo de discapacidad ingresan sin límite de edad.

Esta póliza no permite incluir a beneficiarios que presenten las siguientes enfermedades crónicas: cáncer, leucemia, SIDA, VIH, insuficiencia renal o cardíaca, infarto del miocardio, enfermedad cerebrovascular, diabetes y epilepsia, trasplantes de órganos vitales (hígado, pulmón, páncreas y corazón) igualmente los familiares de los asociados (as) que conozcan o estén en un proceso de evaluación de una incapacidad parcial, total y permanente, les impida, realizar su labor diaria por tener una pérdida de la capacidad mayor o igual al 50%.

Parentesco	Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	Identificación	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Depende económicamente
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA DE VIDA NO CONTRIBUTIVA (En caso de fallecimiento del asociado)

Nombres y Apellidos	Identificación	Tipo de Identificación	Lugar de expedición	Parentesco	% Beneficio	Fecha de nacimiento	Depende económicamente
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

MIEMBROS DEL NUCLEO BASICO FAMILIAR

Relacione los miembros de su núcleo familiar para su registro en las actividades de Bienestar Social. Puede ser de primer y segundo grado de consanguinidad.

Nombre familiar 1:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 2:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 3:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 4:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 5:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año

AUTORIZACIONES GENERALES

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO ARGOS Y FILIALES SIGLA FONDEARGOS identificado con Nit 890.114.655-3 es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal para las siguientes finalidades: (1) Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono u otro medio; (2) Generar estadísticas internas; (3) Generar facturas; (4) Realizar actividades de gestión administrativa; (5) Realizar análisis de perfiles; (6) Realizar la formalización de ajustes o acuerdos de pago; (7) Realizar la verificación de datos o referencias suministradas con terceros o entidades; (8) Realizar la verificación de requisitos jurídicos, técnicos y/o financieros; (9) Realizar prospección comercial; (10) Recibir y gestionar requerimientos sobre productos o servicios, atención a los titulares (Gestión PQR); (11) Consultar, solicitar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento, financiero y comercial; (12) Consultar en listas vinculantes para diligencias relacionadas con SARLAFT.

Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Puede ejercer sus derechos siguiendo el procedimiento descrito en nuestra política, la cual puede consultar escribiéndonos un correo electrónico a osilvera@argos.com.co o ingresando a nuestra página web <https://www.fondeargos.org>

Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO ARGOS Y FILIALES SIGLA FONDEARGOS para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma del asociado

Huella

C.C

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL FUNCIONARIO DE FONDEARGOS

Información de la Entrevista (Espacio exclusivo para el Consultor de Servicio y Bienestar)

Nombre de la persona que realiza la entrevista _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____

Verificación de Información (Espacio exclusivo para la Analista Administrativa)

Nombre de la persona que verifica la información _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____

¿Se realizó consulta del tercero con este formato en la lista CLINTON, ONU y otras? SI NO

Resultado: Satisfactorio: Insatisfactorio:

Nombre de la persona que realizó la consulta:

Fecha y hora