



FONDO DE EMPLEADOS DE SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS
OLÍMPICA. S.A. "FESOL"
NIT. 860.518.842-1
FORMULARIO AFILIACIÓN ASOCIADOS PERSONA NATURAL
Este formato está adaptado según las disposiciones de la Circular Externa No. 4 de 2017 de la Superintendencia De La Economía Solidaria.

Versión 1.2. 2018

Página 1 de 2

Afiliación <input type="checkbox"/>	Fecha DILIGENCIAMIENTO	DÍA	MES	AÑO	Fecha Ingreso EMPRESA	DÍA	MES	AÑO
Actualización <input type="checkbox"/>								

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres:		Apellidos:															
Documento No.	Tipo	CC	CE	Fecha y Lugar de Expedición del Documento	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD									
Fecha y Lugar de Nacimiento:	DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	Nacionalidad	Personas a Cargo											
Estado Civil:	Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Separado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Sexo	F	M									
Dirección:	Barrio:			Ciudad:													
Departamento:	Telefono Fijo:			Celular:			Estrato:										
E-mail:	Nivel de Escolaridad:																
Empresa:	Cargo:			Salario:			Negocio/Dependencia:										
AUTORIZO DESCONTAR DE MI SALARIO: Porcentaje mensual 7% _____ 8% _____ 9% _____ 10% _____ más del 10% ¿Cuánto? _____																	
Intereses:	Cine <input type="checkbox"/>	Teatro <input type="checkbox"/>	Conciertos y Espectaculos <input type="checkbox"/>	Suscripciones <input type="checkbox"/>	Gimnasio <input type="checkbox"/>												
Tiene Vivienda Propia	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Es Financiada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Entidad:											
Tiene Vehículo Propio	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Es Financiado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Entidad:											
Tiene Seguros de Vida	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Entidad:														
Desea tomar el Seguro Exequial de Jardines de Paz									Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>							
Tiene Créditos con Entidades del sector Financiero?									Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si la Respuesta es Sí, Entre 0 y 5 <input type="checkbox"/>		Entre 5 y 10 <input type="checkbox"/>	Entre 10 y 20 <input type="checkbox"/>	Más de 20 <input type="checkbox"/>		
Tiene algún tipo de Negocio propio:									Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Le gustaríatenerlo:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál es su idea de Negocio?:		
Si en los últimos dos (2) años usted.	¿Por su cargo o actividad, manejó recursos públicos?				¿Por su cargo o actividad, ejerció algún grado de poder público?												
	Sí <input type="checkbox"/>				No <input type="checkbox"/>				Sí <input type="checkbox"/>					No <input type="checkbox"/>			
	¿Por su actividad u oficio, gozó usted de reconocimiento público general?																
	Sí <input type="checkbox"/>									No <input type="checkbox"/>							
¿Tiene Familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?																	
Sí <input type="checkbox"/>									No <input type="checkbox"/>								
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique:																	

Ingresos Mensuales:	Activos:
Egreso Mensual:	Pasivos:
Otros Ingresos:	Concepto de otros ingresos:

II. ACTIVIDAD DE OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	Importaciones <input type="checkbox"/>	Productos financieros en el Exterior <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Pago de servicios <input type="checkbox"/>
		Inversiones <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
		Transferencias <input type="checkbox"/>	¿Cual? <input type="checkbox"/>
Tipo de Producto	Identificación o número del Producto		
Entidad	Monto		
Ciudad	País		
Moneda			



III. INFORMACIÓN FAMILIAR

INFORMACIÓN CÓNYUGE

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Edad	Nivel Escolar

INFORMACIÓN HIJOS

1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos	Identificación	Fecha de Nacimiento			Parentesco	% Autorizado
		DÍA	MES	AÑO		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

En caso fortuito o fuerza mayor el Fondo de Empleados de Supertiemendas y Droguerías Olímpica S.A. - FESOL - hará entrega a sus beneficiarios dentro de los términos establecidos en los estatutos y de acuerdo a la normatividad legal vigente (Decreto 564 de 1996 y Decreto 2349 de 1965) los saldos a favor en razón de su asociación. Es responsabilidad del asociado mantener actualizada la información de sus beneficiarios.

IV. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo con mi firma al pagador, para que deduzca de mi salario, prestaciones sociales, bonificaciones o cualquier otro ingreso que devengue, el valor de las cuotas de aportes ordinarios y extraordinarios, créditos, servicios o cualquier otro compromiso adquirido con FESOL.

Así mismo autorizo a FESOL- para:

- Consultar y reportar en las centrales de riesgo, mi comportamiento crediticio pasado, presente y futuro.
- Como responsable y encargado del tratamiento de datos personales, para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, permita a FESOL, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, compartir, transmitir, transferir a terceros, disponer de los datos que han sido suministrados y que se suministren, y que se han incorporado o se incorporen en distintos archivos, bases o bancos de datos. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FESOL.
- FESOL en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013 queda autorizado de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información, a no ser que manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto: protecciondedatosfesol@olimpica.com.co
- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
- 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.
- Eximo a FESOL, 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.
- Autorizo a FESOL, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en FESOL tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

Yo _____ identificado como aparece al pie de mi firma, declaro que la información aquí consignada es cierta

y que mis ingresos son producto de: _____, y que dichos ingresos provienen de actividades lícitas. Igualmente acepto actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que FESOL considere necesarios.

CAMPO EXCLUSIVO PARA USO DE FESOL

Registro de Entrevista	Verificación de Información	Listado de Documentos
NOMBRE EMPLEADO:	NOMBRE EMPLEADO:	Obligatorio
FIRMA:	FIRMA:	- Fotocopia Cédula <input type="checkbox"/>
FECHA:	FECHA:	Opcional
		- Registro Civil Hijos <input type="checkbox"/>
		- Fotocopia Cedula Beneficiarios <input type="checkbox"/>
		- Fotocopia Documento Id Hijos <input type="checkbox"/>

Firma y Cédula del Solicitante

HUELLA