



FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

FONDO DE EMPLEADOS DE FRISBY

NIT. 891.411.503-1

CRA 17 10-21 ZONA INDUSTRIAL LA POPA DOSQUEBRADAS - RISARALDA PBX (6)3300110

Ciudad	Día	Mes	Año	Tipo de Vinculación Afiliación ☐ Actualización ☐	Segmentación SARLAFT
--------	-----	-----	-----	---	-------------------------

Versión 9 sep. 2021

DATOS PERSONALES

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____ N° de Identificación: _____
Lugar de expedición: _____ Fecha de expedición: dd mm año Sexo: M ☐ F ☐
Dirección de correspondencia: _____ Barrio: _____ Teléfono fijo: _____
Celular: _____ Correo electrónico: _____ Ciudad-Departamento: _____
Nacionalidad: _____ Lugar y Fecha de nacimiento: _____ dd mm año Estado Civil: _____ Estrato: _____
Actividad Económica: Asalarado: ☐ Independiente: ☐ Pensionado: ☐ Ama de casa: ☐ Estudiante: ☐ ¿Otro?: ☐ Cual: _____ Tipo de Vivienda: Propia ☐ Alquilada ☐ Hipotecada ☐ Familiar ☐
Nivel de Estudios: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Postdoctorado ☐
Mujer Cabeza de Familia: Si ☐ No ☐ Profesión u Oficio: _____

INFORMACION FINANCIERA

Ingreso mensual: \$ _____ Gastos financieros: \$ _____ Activos: \$ _____
Otros ingresos: \$ _____ Gastos de sostenimiento: \$ _____ Pasivos: \$ _____
Total ingresos: \$ _____ Total egresos: \$ _____ Patrimonio: \$ _____
Indique el concepto de otros ingresos: _____
Vehículo: Si ☐ No ☐ Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____ Prenda: Si ☐ No ☐ Entidad: _____
Cuenta Corrientes o de Ahorros
Banco: _____ No. Cuenta: _____ Tipo de Cuenta: _____ Ciudad: _____

DATOS LABORALES

Empresa: _____ Cargo: _____ Tipo de Contrato: _____
Salario Mensual: _____ Lugar de Trabajo: _____ Fecha de Ingreso: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Fondo de Cesantías: _____

DATOS DEL CONYUGE

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____
Tipo de documento: C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____ N° de Identificación: _____ Lugar de expedición: _____
Fecha de expedición: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Lugar y Fecha de nacimiento: _____
Nivel de Estudios: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Profesión u Oficio: _____
Empresa: _____ Cargo: _____ Tipo de Contrato: _____
Salario Mensual: _____ Lugar de Trabajo: _____ Fecha de Ingreso: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Fondo de Cesantías: _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera: Si ☐ No ☐ Posee cuentas en moneda extranjera: Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?: _____
Banco: _____ No. Cuenta: _____ País: _____ Ciudad: _____ Moneda: _____

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE - PEP -

1. ¿Ejerce Usted, algún cargo como servidor público? SI NO

Si la respuesta es positiva, seleccione con una X, la función del cargo (funciones o categorías incluidas dentro del Decreto 830 de 2021)

Ordenación del Gasto	Contratación pública	Gerencia de Proyectos
Expedición de normas y regulaciones	Pagos	Liquidaciones
Administración de bienes muebles e inmuebles del estado	Dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.	Administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias

CargoFecha de vinculaciónFecha desvinculación

2. ¿Ejercen funciones directivas en una organización internacional? SI NO3. ¿Desempeñan funciones públicas prominentes y destacadas en otro país? SI NO

4. ¿Usted goza de reconocimiento público? SI NO

5. ¿En los últimos veinticuatro (24) meses, Usted ha desarrollado cargos o funciones relacionados con los numerales 1) 2) o 3) de esta sección? SI NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro 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 contempladas en el código Penal Colombiano.

2. La información que he suministrado en ésta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos Fondo de Empleados de Frisby. El incumplimiento de esta obligación faculta al Fondo de Empleados de Frisby, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de éste relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4. Las declaraciones contenidas en éste documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.

5. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente 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 en el exterior, o soborno transnacional.

6. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen:

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, para facilitarle el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Y todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer sus necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. Le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente y en el Decreto 1377 de 2013, los datos de carácter personal que se obtengan serán recogidos en una base de datos, la cual cuenta con las medidas de seguridad necesarias.

Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, al Fondo de Empleados de Frisby a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales que han sido suministrados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para cumplir las finalidades mencionadas. Para ejercer sus derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre sus datos personales, deberá registrar su solicitud en nuestro correo electrónico: fondo@frisby.com.co

AUTORIZACIÓN DE CONSULTORES Y REPORTES A CENTRALES DE RIESGO:

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable al Fondo de Empleados de Frisby, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan como deudor del Fondo de Empleados de Frisby o a quien represente sus derechos. A si mismo autorizo ala central de riesgo a quien su calidad de operador, pongan mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia legible del documento de identificación (Cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, cédula de extranjería, pasaporte o carné Diplomático).

2. Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones).

3. Fotocopia legible del Registro Único Tributario -RUT- (Si la actividad económica es diferente a pensionado, asalariado, ama de casa o estudiante).

4. Declaración de Renta del último periodo gravable disponible

PERSONAS CARGO Y/O BENEFICIARIOS DE APORTES, AHORROS Y OTROS CONCEPTOS

Nombres y Apellidos del Beneficiario	Identificación	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Teléfonos	%

REFERENCIAS

FAMILIAR	Nombres y Apellidos	Teléfono
	Parentesco	Celular
PERSONAL	Nombres y Apellidos	Teléfono
		Celular

- De acuerdo a la información que he recibido sobre los servicios que presta el Fondo de Empleados de Frisby me permito expresarles mi interés de ser Asociado para poder disfrutar de los beneficios y extenderlos a mi grupo familiar
- Por lo anterior solicito ser admitido(a) como asociado(a) al FONDO DE EMPLEADOS DE FRISBY

Quedan ustedes autorizados para descontar de mi nomina las siguientes sumas:

Aportes: \$ _____ Descuento: Quincenal ☐

Mensual los 15 de
cada mes ☐

Mensual los 30 de
cada mes ☐

- De igual forma y conocedor(a) de los deberes y derechos que en calidad de asociado(a) me comprometo a ajustarme al estatuto y reglamentos establecidos por el Fondo de Empleados de Frisby.
- Así mismo autorizo a descontar por concepto de Gana Gana (cuando se me asigne el número), Fondo de Solidaridad y demás descuentos que la Asamblea autorice descontar a todos los Asociados.
- También acepto que, con cada incremento salarial, sea ajustado automáticamente mis aportes y ahorro permanente, si se encuentran por debajo del 3% requerido y conforme al estatuto del Fondo de Empleados de Frisby.
- De igual manera autorizo al Fondo de Empleados de Frisby descontar: 1.5% para créditos que van de \$1 y hasta \$999.999; el 1% para créditos de \$1.000.000 y hasta \$4.999.999; \$60.000 para créditos de \$5.000.000 y hasta \$9.999.999, \$80.000 para créditos superiores a \$10.000.000, dicho dinero descontado será destinado al Fondo de Bienestar Social.
- Adicionalmente al momento de mi ingreso como asociado, autorizo al Fondo de Empleados de Frisby, se me descuenta el 2% de Un SMLV, dinero que será destinado al Fondo de Educación de Economía Solidaria

FIRMA Y HUELLA

- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al Fondo de Empleados de Frisby para que la verifique.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
- La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para el Fondo de Empleados de Frisby y la comprobación de inexactitud de cualquiera de las informaciones consignadas en este formulario será motivo para negar la solicitud o empezar un proceso de retiro de la entidad.

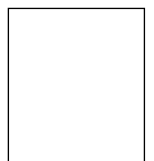
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado al FONDO DE EMPLEADOS FRISBY es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____

Nombre solicitante: _____

Firma: _____

cc: _____



Huella indice derecho

ESPACIO PARA USO DE FONDO DE EMPLEADOS DE FRISBY

Lugar de la entrevista:				
Fecha de realización de la entrevista	Año	Mes	Día	Nombre y firma funcionario que realizo la entrevista
Fecha de verificación de la información	Año	Mes	Día	Nombre, cargo y firma del funcionario que verificó la información
Si la entrevista se realizó en medios virtuales:				
Plataforma en la que fue realizada la entrevista:				
Link:				

FONDO EMPLEADOS DE FRISBY
NIT 891.411.503-1

FECHA: _____

NOMBRE: _____

CÉDULA No.: _____

TIPO DE AHORRO: PROGRAMADO ☐ CON FUTURO ☐

 PRO VACACIONES ☐ PRO VIVIENDA ☐

VALOR CUOTA: _____

15 DE CADA MES ☐

DESCUENTO: QUINCENAL: ☐ MENSUAL: 30 DE CADA MES ☐

FIRMA DEL ASOCIADO: _____

FONDO EMPLEADOS DE FRISBY
NIT 891.411.503-1

FECHA: _____

NOMBRE: _____

CÉDULA No.: _____

TIPO DE AHORRO: PROGRAMADO ☐ CON FUTURO ☐

 PRO VACACIONES ☐ PRO VIVIENDA ☐

VALOR CUOTA: _____

15 DE CADA MES ☐

DESCUENTO: QUINCENAL: ☐ MENSUAL: 30 DE CADA MES ☐

FIRMA DEL ASOCIADO: _____