

# SOLICITUD DE ASOCIACIÓN O ACTUALIZACIÓN

FONDO DE AHORRO DE LOS EMPLEADOS DE EL  
PAIS NIT. 890.323.838-0



Fecha	DD	MM	AÑO

Nos alegra saber que desea hacer parte de FAEMPAIS, donde podrá beneficiarse de diversos servicios sociales y financieros. Con el ánimo de tramitar oportunamente su vinculación, le solicitamos diligenciar completamente la solicitud de asociación y anexar los siguientes documentos:

1. Fotocopia ampliada de la cédula de ciudadanía al 150%.
2. Fotocopia del último contrato laboral.
3. Diligenciar completamente el registro social (fechas de nacimiento y documentos de identidad) y distribuya los aportes los cuales deben sumar el 100%.
4. Firme y registre su huella dactilar en el pagaré único y en la carta de instrucciones. Este documento respaldará sus solicitudes de crédito de temporada y actividades de FAEMPAIS.

## APORTE MENSUAL

Salario Básico \$ \_\_\_\_\_ Descuento mensual autorizado para aportes y ahorros \$ \_\_\_\_\_

(1) El descuento mensual autorizado para aportes debe ser escogido entre 3% y el 10% de su salario básico mensual; para los asociados con salario integral, el aporte se tomará sobre el 70% de su salario básico.

Tipo de Novedad: Ingreso  Reingreso  Actualización de datos

## A. INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de documento				Número de documento		Fecha de expedición			Lugar de expedición		
C.C		T:I	C.E			DD	MM	AAAA			
Nombres				Primer apellido		Segundo apellido			Sexo		
									M		F
Fecha de nacimiento				Edad	Ciudad de nacimiento/Departamento	Nacionalidad		Estado civil			
DD	MM	AAAA						Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>			
Nivel académico actual (marque solo una opción)											
Doctorado		Maestría		Especialización		Universitario		Tecnólogo			
Técnico		Secundaria		Primaria		Profesión					
Dirección de residencia			Barrio			Estrato	Ciudad/Departamento			Si	No
Tipo de vivienda											
Propia		Familiar		Arrendada		Inmueble con hipoteca		Otra			
Teléfono de residencia			Teléfono celular			Correo electrónico					

## B. TIPO DE VINCULACIÓN

Empleado <input type="checkbox"/>			Pensionado <input type="checkbox"/>			Extensión <input type="checkbox"/>					
Nombre de empresa			Dirección			Barrio		Ciudad/Departamento			
Teléfono oficina			Tipo de contrato			Ocupación / Cargo actual					
			Indefinido <input type="checkbox"/> Terminó fijo <input type="checkbox"/>								
Departamento o área			Fecha de ingreso			Información cuenta nómina					
			DD	MM	AAAA	Banco:		Tipo: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		No: <input type="checkbox"/>	
Para pensionado						Para extensión					
Empresa que lo pensionó						Empresa o Tipo de actividad					

## C. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales			Egresos mensuales			Otros ingresos		
Total activos			Total pasivos			Total patrimonio		

Salario integral SI  NO

Actividad económica (CIU) principal : \_\_\_\_\_ secundaria: \_\_\_\_\_

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

Si obtiene otros ingresos (Especifique) : \_\_\_\_\_

## D. REFERENCIAS

Nombre		Ciudad/Departamento	Teléfono fijo	Teléfono celular
Familiar				
Personal				

**E. PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA**

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si alguna de las preguntas fue afirmativa, por favor especifique. \_\_\_\_\_

¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla las características anteriores? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, por favor especifique nombre completo. \_\_\_\_\_

**F. REGISTRO SOCIAL**

Inscriba a su grupo familiar (padre, madre, cónyuge e hijos) los cuales, a excepción de los hijos mayores de 18 años y menores 25 años, que no dependan económicamente de usted; tendrán derecho a participar en eventos programados por FAEMPAIS, y beneficios de auxilios de acuerdo con el Reglamento del Fondo de Solidaridad.

Parentesco	Nombre y Apellidos	Fecha de nacimiento			Documento de identidad	Celular
		DD	MM	AA		
Padre						
Madre						
Cónyuge						
Hijo						
Hijo						

**G. AUTORIZACIÓN DEDUCCIÓN DE NÓMINA**

Yo: \_\_\_\_\_ Identificado con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ expedida en: \_\_\_\_\_

Autorizo a \_\_\_\_\_ FAEMPAIS \_\_\_\_\_ para que deduzca de mi salario mensual los valores correspondientes al siguiente concepto a favor de FAEMPAIS:

1) Aportes que no podrán exceder el 10% del salario básico según artículo 16 del título 1 capítulo IV del decreto 1481 de 1989.

2) Ahorro voluntario constituido en FAEMPAIS

3) Y demás obligaciones que adquiriera a través de FAEMPAIS

Igualmente autorizo descontar del salario, liquidación de prestaciones sociales, bonificaciones, honorarios, comisiones, indemnizaciones que se causen a mi favor como empleado de la empresa a la

que estoy vinculado, el saldo insoluto de las obligaciones a mi cargo de conformidad con lo dispuesto para tal evento en el artículo 59, numeral 1 y 14, inciso 1 del Código Sustantivo del Trabajo.

**Nota:** la firma de este documento se entenderá con valor jurídico para solicitud integral del ingreso como asociado y autorización de deducción por nómina.

**AUTORIZACIÓN DE CONSULTAS Y REPORTES:** Autorizo de permanente y de carácter irrevocable FAEMPAIS o a quien dicha entidad autorice para obtener, consultar y reportar a las centrales de información crediticia a cualquier fuente o base de datos la información y referencias relativas a mi documento de identificación, comportamiento crediticio, comercial, listas vinculantes y al producto de toda clase de operaciones que efectuó o haya efectuado con entidades del sector financiero u otros sectores.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** De conformidad con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la ley 1581 de 2012 de protección de Datos Personales FAEMPAIS, como responsable de los datos personales adquiridos a través de los diferentes medios, solicita a sus asociados autorización para recolectar, almacenar, procesar, usar, circular, suprimir, compartir, autorizar y transmitir la información suministrada según sea aplicable dentro del marco del objeto social de la entidad y de acuerdo con los términos y condiciones de su política de protección de datos.

Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actuar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud. [fondopais@elpais.com.co](mailto:fondopais@elpais.com.co), comunicación al teléfono 8987000 Ext 147-137-149. o mediante correo ordinario remitido a la dirección Cra 2#24-46 San Nicolás. En la ciudad de Cali. El asociado declara haber leído el total del clausulado y estar conforme con la misma.

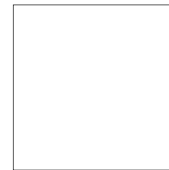
**CUMPLIMIENTO NORMATIVO:** Sin perjuicio de cualquier condición o acuerdo adicional que se establezca en contratos, ordenes u otro documento, el FAEMPAIS ha dispuesto en: [www.fondempleadoselpais.com](http://www.fondempleadoselpais.com), donde encontrará las políticas, manuales y procedimientos básicos que debe conocer y observar cualquier persona que tenga vínculos con FAEMPAIS (Asociados, Empleados, Clientes y Proveedores). Con la firma del presente contrato usted declara que conoce y se obliga a acatar las disposiciones aplicables allí dispuestas. El cumplimiento de dichas normas en una condición especial para iniciar o mantener la relación y vinculación, por lo que su incumplimiento puede dar lugar a la terminación de la relación contractual.

\*La anterior información atiende a los requisitos de la circular externa No.20 de 2020 y circular externa No 31 de 2021 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria en Colombia.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a (FAEMPAIS) para que la verifique, estoy informado de mi obligación en actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

\_\_\_\_\_

Firma Asociado



Huella índice derecho

\*La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la ley 527 de 1.999

**VERIFICACIÓN (para uso exclusivo de FAEMPAIS)**

Nombre y firma de quien realizo la entrevista FAEMPAIS) \_\_\_\_\_

Fecha de realización entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien verifico (OFICIAL) \_\_\_\_\_

Fecha de verificación \_\_\_\_\_

**Observaciones** \_\_\_\_\_

**CONCEPTO DEL INTERESADO**                      **ACEPTADO** \_\_\_\_\_                      **RECHAZADO** \_\_\_\_\_

Fecha y Hora Aprobado por Gerencia \_\_\_\_\_ Vo.Bo. Gerencia \_\_\_\_\_