



# FORMATO DE AFILIACIÓN A FONCEL

FECHA DE TRÁMITE

DD/MM/AAAA

Señores

FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL"

AFILIACIÓN

REINGRESO

Atte. Junta Directiva

Asunto: Solicitud de Afiliación

Con la presente solicito a ustedes sea aprobado mi ingreso como asociado activo del FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" a partir del día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ con un aporte mensual equivalente al \_\_\_\_\_% de mi salario mensual, comprometiéndome a observar y acatar el estatuto y reglamentos que lo rigen, los cuales declaro conocer, dado que está publicado en la página web de FONCEL [www.foncel.co](http://www.foncel.co). Declaro que entiendo que Foncel, es una entidad de derecho privado, así mismo me fueron informados mis deberes y derechos como asociado.

Por lo anterior autorizo de manera irrevocable al pagador de mis salarios en COMCEL, INFRACEL, FONCEL, HITSS, PENSIONADOS E INDEPENDIENTES ó cualquiera de las empresas filiales o subsidiarias del grupo América Móvil, entidad pagadora y/o futuro empleador para descontar la suma autorizada de mi salario mensual y entregársela a FONCEL como pago de mis aportes sociales, ahorros permanentes y demás obligaciones con FONCEL.

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ OTROS NOMBRES \_\_\_\_\_

TIPO  CC  CE  TI  PS NÚMERO \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_ FECHA EXPEDICIÓN DD/MM/AAAA GÉNERO  M  F

CIUDAD DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ PAÍS NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ PAÍS RESIDENCIA \_\_\_\_\_ CIUDAD RESIDENCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_ ESTRATO \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ EMAIL PERSONAL \_\_\_\_\_ PERSONAS A CARGO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL CÓNYUGUE O FAMILIAR DE CONTACTO \_\_\_\_\_ CELULAR CÓNYUGUE O FAMILIAR DE CONTACTO \_\_\_\_\_

PAIS DE RESIDENCIA DEL CONYUGUE O FAMILIAR DE CONTACTO \_\_\_\_\_ CIUDAD DE RESIDENCIA DEL CONYUGUE O FAMILIAR DE CONTACTO \_\_\_\_\_

TIPO DE VIVIENDA Propia  Arrendada  Familiar  ZONA Rural  Urbano  MADRE O PADRE CABEZA DE FAMILIA  S  N

## INFORMACIÓN LABORAL Y PROFESIONAL

EMPRESA \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL \_\_\_\_\_ NIVEL EDUCATIVO

TIPO  CC  CE  TI  PS NÚMERO \_\_\_\_\_ BACHILLER

FECHA DE INGRESO DD/MM/AAAA CARGO \_\_\_\_\_ TÉCNICO

DEPARTAMENTO Y CIUDAD DONDE LABORA \_\_\_\_\_ TECNÓLOGO

EXTENSIÓN \_\_\_\_\_ UBICACIÓN DEL ÁREA \_\_\_\_\_ PROFESIONAL

EMAIL CORPORATIVO \_\_\_\_\_ PROFESIÓN \_\_\_\_\_ ESPECIALIZACIÓN

ACTIVIDAD ECONÓMICA \_\_\_\_\_ MAESTRÍA/DOCTORADO

## INFORMACIÓN FINANCIERA \*Información requerida por SARLAFT

BANCO \_\_\_\_\_ TIPO  AH  CT NUM. CUENTA \_\_\_\_\_ ¿ES DECLARANTE?  S  N

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SUELDO BÁSICO \$		ARRIENDO/CUOTA HIPOTECARIA \$	
COMISIONES \$		PRESTAMOS POR NÓMINA \$	
HONORARIOS \$		GASTOS FAMILIARES \$	
ARRENDAMIENTOS \$		<b>TOTAL EGRESOS \$</b>	
OTROS INGRESOS \$		<b>TOTAL ACTIVO \$</b>	
<b>TOTAL INGRESOS \$</b>		<b>TOTAL PASIVO \$</b>	
		<b>TOTAL PATRIMONIO \$</b>	

¿REALIZA OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA?  S  N

### EN CASO DE RESPONDER AFIRMATIVAMENTE:

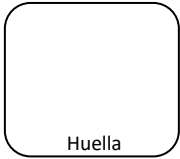
¿POSEE O MANEJA CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?  S  N PAÍS \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ MONEDA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ BANCO \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD ECONÓMICA \_\_\_\_\_ Mes y año de corte de la información suministrada: MM/AAAA

¿REALIZA OPERACIONES CON CRIPTOMONEDAS  S  N

FIRMA \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

PEP: Persona Expuesta Políticamente. Persona natural nacional o extranjera que es o ha sido un funcionario de alta jerarquía en cualquier rama de gobierno ejecutiva, legislativa, administrativa, militar o judicial; un alto funcionario de un Partido Político local o extranjero, representante legal o alto ejecutivo de una empresa estatal, agencia gubernamental u organización internacional; o una persona que goza de reconocimiento público.

¿Maneja recursos públicos o ha tenido poder de disposición sobre éstos?  S  N

¿Tiene o goza de reconocimiento público?  S  N

¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada relacionada con alguno de los cargos descritos en el Dec. 830 de 2021?  S  N

Si el Asociado, marco o contesto positivamente el campo de Persona Políticamente Expuesta, por favor diligenciar el Anexo denominado **Declaración y manifestación del estatus e información PEP.**

FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL VIGILADO SUPERSOLIDARIA



# FORMATO DE AFILIACIÓN A FONCEL

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Igualmente, solicito mi vinculación al Fondo Mutual para Auxilio Póstumo e invalidez de Foncel y es mi voluntad dejar beneficiarios de estos dineros a las personas ingresadas en el sitio web [www.foncel.co](http://www.foncel.co) sección OFICINA VIRTUAL.

**LEY DE MENORES DE EDAD**, De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo, en calidad de representante legal del (los) menor(es), que la información incluida en la consulta web de la página [www.foncel.co](http://www.foncel.co) sean incorporados a una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL FONCEL, para que sean tratados con la finalidad de Vinculación al Fondo Mutual y vinculación a auxilios, beneficios y de más que FONCEL determine, De igual modo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre estos datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL FONCEL a la dirección de correo electrónico [protecciondedatos@foncel.co](mailto:protecciondedatos@foncel.co), indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CR 68A #24B – 10 PLAZA CLARO TORRE 2 PISO 3 OF 302-FONCEL.

EL INGRESO DE LOS BENEFICIARIOS DEL FONDO MUTUAL SE DEBE REALIZAR EN LA PAGINA WEB [WWW.FONCEL.CO](http://WWW.FONCEL.CO) SECCIÓN OFICINA VIRTUAL DESPUÉS DEL PRIMER DESCUENTO, EN CASO DE NO REGISTRAR ESTA INFORMACIÓN, EL FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL-FONCEL TENDRÁ EN CUENTA LOS ARTICULOS 1045, 1046 Y 1047 DEL CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO.

## AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: \_\_\_\_\_ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. 2. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable al Fondo de Empleados de Comcel "Foncel" o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: a) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. b) Autorizo como titular de mis datos a FONCEL para Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con Foncel, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de Habeas Data y de Protección de datos personales Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones, c) La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL FONCEL a la dirección de correo electrónico [protecciondedatos@foncel.co](mailto:protecciondedatos@foncel.co), indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CR 68A #24B – 10 PLAZA CLARO TORRE 2 PISO 3 OF 302-FONCEL. 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en ésta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que Foncel me suministre. Declaro que: 1) Me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por Foncel. 2) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal, así como a solicitar por cualquier medio a Foncel no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales, cuya política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder Correo electrónico y pagina Web. 4) Foncel me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente. 6) Foncel me ha informado acerca de la política de uso del portal web publicada en [www.foncel.co](http://www.foncel.co), y que el portal web es destinado a la solicitud de productos de Foncel, así como me comprometo a salvaguardar los datos de acceso a esta plataforma y que dicha información es personal e intransferible. 7) Autorizo a Foncel a enviarme información por los medios de comunicación que relacionó en el presente formato.

## ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONCEL

<b>ENTREVISTA</b> LUGAR DE LA ENTREVISTA _____ FECHA DE LA ENTREVISTA DD/MM/AAAA HORA _____		<b>VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS</b> FECHA DE LA VERIFICACIÓN DD/MM/AAAA HORA _____ NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA _____ OBSERVACIONES: _____	
<b>FIRMA Y NOMBRE</b> Se verificó al solicitante de la Afiliación en este formato, en las listas de Control de Riesgos: <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA CONSULTA _____ FECHA DE LA CONSULTA: DD/MM/AAAA HORA _____ OBSERVACIONES: _____		<b>REGISTRO DE INFORMACIÓN AL SISTEMA</b> FECHA DEL REGISTRO: DD/MM/AAAA HORA _____ NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REGISTRA EN EL SISTEMA: _____ FIRMA: _____	
		<b>APROBACIÓN DE LA AFILIACIÓN</b> RESULTADO: ACEPTADO <input type="radio"/> RECHAZADO <input type="radio"/> NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE APRUEBA: _____ NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN APRUEBA EN EL SISTEMA: _____	

## ANEXOS

- CERTIFICACIÓN LABORAL Y/O ÚLTIMO DESPRENDIBLE DE NÓMINA.
- DESPRENDIBLE DE PAGO MESADA PENSIONAL DEL ÚLTIMO MES (EN CASO DE SER PENSIONADO).
- FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADO AL 150%
- EXTRACTO BANCARIO O CERTIFICADO DE INGRESOS EXPEDIDO POR CONTADOR PÚBLICO (EN CASO DE SER INDEPENDIENTE)

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

## FIRMA Y NOMBRE

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

C.C # \_\_\_\_\_

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD/MM/AAAA

Huella