



FORMATO DE AFILIACIÓN A FONCEL

FECHA DE TRÁMITE	DD/MM/AAAA
N° DE AFILIACIÓN:	
S.A DE AFILIACIÓN:	

Señores,

FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL"

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. 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, FONCEL, HITSS, SITES LATAM, PENSIONADOS o INDEPENDIENTES o 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.

AFILIACIÓN

REINGRESO

ACTUALIZACIÓN Atte.

INFORMACIÓN PERSONAL:

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
OTROS NOMBRES:	TIPO DE DOC:	NÚMERO DE DOC:	DE: FECHA EXPEDICIÓN: DD / MM / AAAA
PAÍS DE NACIMIENTO:	DEPARTAMENTO:	CIUDAD DE NACIMIENTO:	GÉNERO: M F
FECHA DE NACIMIENTO: DD / MM / AAAA	NACIONALIDAD:	PAÍS DE RESIDENCIA:	CIUDAD DE RESIDENCIA:
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	BARRIO:	TIPO DE VIVIENDA:	ESTRATO:
TELÉFONO FIJO:	NÚMERO DE CELULAR:	EMAIL PERSONAL:	
ESTADO CIVIL:	N° DE PERSONAS A CARGO:	N° DE HIJOS:	¿ES CABEZA DE FAMILIA? SI NO
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O FAMILIAR DE CONTACTO:			
NOMBRE COMPLETO:	N° DE CELULAR:	PARENTESCO:	
PAÍS DE RESIDENCIA:	CIUDAD DE RESIDENCIA:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	

INFORMACIÓN LABORAL Y PROFESIONAL:

EMPRESA:	FECHA DE INGRESO: DD / MM / AAAA
CARGO LABORAL:	EMAIL CORPORATIVO: EXTENSIÓN:
DEPARTAMENTO/CIUDAD DONDE LABORA:	UBICACIÓN DEL ÁREA: ACTIVIDAD ECONÓMICA:
NIVEL EDUCATIVO:	TÍTULO PROFESIONAL: PROFESIÓN: CÓDIGO CIUU:

INFORMACIÓN FINANCIERA (REQUERIDA POR SARLAFT):

N° DE CUENTA:	TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE BANCO:	¿ES DECLARANTE DE RENTA? SI NO
INGRESOS MENSUALES		TOTAL ACTIVOS: \$
SALARIO BÁSICO	\$	PRÉSTAMOS POR NÓMINA \$
COMISIONES	\$	GASTOS PERSONALES Y FAMILIARES \$
ARRENDAMIENTOS	\$	ARRIENDO/CUOTA HIPOTECARIA \$
OTROS INGRESOS	\$	OTROS EGRESOS \$
TOTAL INGRESOS:	\$	TOTAL PASIVOS: \$
EGRESOS MENSUALES		TOTAL PATRIMONIO: \$
1. ¿REALIZA OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA? SI NO		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> FIRMA: _____ N° DE CÉDULA: _____ CIUDAD: _____
PAIS DE OPERACIÓN: _____ CIUDAD: _____		
MONEDA: _____		
2. ¿POSEE O MANEJA CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO		
N° DE CUENTA: _____		
ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ BANCO: _____		
3. ¿REALIZA OPERACIONES CON CRIPTOMONEDAS? SI NO		
MES Y AÑO CORTE DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA: MM / AAAA		HUELLA DACTILAR

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.

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. ¿Maneja recursos públicos o ha tenido poder de disposición sobre éstos? | SI | NO |
| 2. ¿Tiene o goza de reconocimiento público? | SI | NO |
| 3. ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o relacionada con alguno de los cargos descritos en el Dec. 830 de 2021? | SI | NO |

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



FORMATO DE AFILIACIÓN A FONCEL

INFORMACIÓN PERSONAL:

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 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 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, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a **AV. CALLE 26 # 68C- 61 TORRE B OFICINA 730-1 CENTRO COMERCIAL Y DE NEGOCIOS INTERNACIONALES TORRE CENTRAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.** **EL INGRESO DE LOS BENEFICIARIOS DEL FONDO MUTUAL SE DEBE REALIZAR EN LA PAGINA WEB 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 efectúare 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 comportamiento 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, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido **AV. CALLE 26 # 68C- 61 TORRE B OFICINA 730-1 CENTRO COMERCIAL Y DE NEGOCIOS INTERNACIONALES TORRE CENTRAL EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ.** 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 derivados 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, 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.

ANEXOS DE LA AFILIACIÓN:

- 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)

FIRMA Y HUELLA DEL ASOCIADO:

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

Firma del Solicitante: _____

N° de Cédula: _____

Ciudad: _____

Fecha de diligenciamiento: _____



Huella dactilar

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONCEL:

ASESOR QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA		VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTRO DE INFORMACIÓN EN EL SISTEMA	
LUGAR DE LA ENTREVISTA:		FECHA DE VERIFICACIÓN DOCUMENTOS: DD / MM / AAAA	HORA:
FECHA DE LA ENTREVISTA: DD / MM / AAAA	HORA:	FECHA DE REGISTRO DE INFORMACIÓN: DD / MM / AAAA	HORA:
OBSERVACIONES:		OBSERVACIONES:	
NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR:		NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:	
CONSULTA EN LISTAS RESTRICTIVAS	ACEPTACIÓN DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	CONTABILIZACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN EL SISTEMA	
Se verificó al solicitante de la afiliación en listas de control de riesgos: SI NO	AFILIACIÓN: ACEPTADA RECHAZADA	ACEPTACIÓN EN EL SISTEMA: SI NO	<u>SELLO DE CONTABILIZADO:</u>
	FECHA DE VISTO BUENO: DD / MM / AAAA	FECHA DE APROBACIÓN: DD / MM / AAAA	
OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:	OBSERVACIONES:	
FECHA: DD / MM / AAAA HORA:	NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN APRUEBA:	NOMBRE Y FIRMA DE QUIÉN APRUEBA:	
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA CONSULTA:			