

SOLICITUD DE AFILIACIÓN O ACTUALIZACIÓN

FOTO

☐ AFILIACIÓN

☐ ACTUALIZACIÓN

Fecha de diligenciamiento

D

M

A

Fecha de afiliación

D

M

A

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES

APELLIDOS

IDENTIFICACIÓN 

CC

CE

 No. DE

FECHA DE EXPEDICIÓN

D

M

A

EDAD

FECHA DE NACIMIENTO

D

M

A

NACIONALIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPARTAMENTO CIUDAD

LUGAR DE DOMICILIO PAÍS DEPARTAMENTO CIUDAD

DIRECCIÓN DE DOMICILIO

TELÉFONO CELULAR

E MAIL

ÁREA CARGO CÓDIGO

FECHA DE INGRESO AL CLUB

D

M

A

OCUPACIÓN, OFICIO O PROFESIÓN

ES USTED: ASALARIADO PENSIONADO

ACTIVIDAD ECONÓMICA CIU

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE VIUDO SEPARADO

ESTRATO 1 2 3 4 5 6 MUJER CABEZA DE FAMILIA SI NO

ESTUDIOS REALIZADOS

NIVEL	AÑO DE FINALIZACIÓN	TÍTULO OBTENIDO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	CIUDAD
PRIMARIA				
SECUNDARIA				
TÉCNICO				
UNIVERSITARIO				
OTROS				

ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombres y apellidos (Empleado, cónyuge, hijos y otros)	Parentesco	Sexo		Fecha de nacimiento			Edad AÑOS	Estudia actualmente		Grado escolaridad					Último año cursado o título obtenido	Ocupación
		F	M	DIA	MES	AÑO		SI	NO	Jardín	Pm.	Bto.	Téc.	Univ.		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

NOMBRES

APELLIDOS

EDAD

APORTA AL HOGAR SI NO VALOR \$ POR CONCEPTO

OCUPACIÓN EMPRESA DONDE LABORA

INFORMACIÓN ECONÓMICA

INGRESOS MENSUALES

OTROS INGRESOS ESPECIFICAR

EGRESOS MENSUALES

TOTAL ACTIVOS TOTAL PATRIMONIO

TOTAL PASIVOS

ESTÁ VINCULADO O AFILIADO A OTRO FONDO DE EMPLEADOS? SI NO

GASTOS FAMILIARES

CUOTA VIVIENDA O ARRIENDO \$ ADMINISTRACIÓN \$ TRANSPORTE \$

SERVICIOS PÚBLICOS \$ ALIMENTACIÓN \$ ESTUDIO \$

BANCO (consumo) CUOTA MENSUAL \$ SALDO \$ VENCE

BANCO (consumo) CUOTA MENSUAL \$ SALDO \$ VENCE

EMBARGOS \$ OTROS: SI NO CUALES?

CUENTA DEL BANCO No. AHORROS CORRIENTE

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUALES?

POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO BANCO

No. CUENTA PAÍS CIUDAD MONEDA

Declaro que NO realizo transacciones en moneda extranjera

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Autorizo al Fondo de Empleados de la Corporación Club el Nogal FONNOGALdeducir de mi salario mensual el % equivalente a \$ mensual.

Por lo tanto declaro aceptar y cumplir todas las disposiciones estatutarias y reglamentarias contempladas en el Fondo de Empleados de la Corporación Club el Nogal FONNOGAL.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

- Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a **FONNOGAL**, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:
- 1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
  - 2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
  - 3. Eximo a **FONNOGAL**, 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.
  - 4. Autorizo a **FONNOGAL**, para que verifique y realice las consultas que estimen necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
  - 5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en **FONNOGAL** tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
  - 6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades descritos en el decreto 1674 de 2016, en los cuales:

MANEJE RECURSOS PÚBLICOS O TENGAN PODER DE DISPOSICIÓN SOBRE ÉSTOS?	SI	NO
TIENE O GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	SI	NO
EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PÚBLICO?	SI	NO
TIENE FAMILIARES HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD Y AFINIDAD QUE ENCAJEN EN LOS ESCENARIOS DESCRITOS PREVIAMENTE?	SI	NO

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA POR FAVOR ESPECIFIQUE:

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a **FONNOGAL** para que la verifique.  
Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite **FONNOGAL** por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por **FONNOGAL** para dar cumplimiento a la normatividad vigente.  
Autorizo a **FONNOGAL** para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.  
Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

FIRMA

C.C.

HUELLA

INFORMACIÓN DE ENTREVISTA				
LUGAR DE LA ENTREVISTA: _____				
FECHA DE LA ENTREVISTA:	<table><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr></table> HORA:_____	D	M	A
D	M	A		
RESULTADO:	ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>			
FIRMA				
OBSERVACIONES				

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN				
FECHA DE VERIFICACIÓN:	<table><tr><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr></table> HORA:_____	D	M	A
D	M	A		
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA				
FIRMA				
OBSERVACIONES				