

**FORMULARIO SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

Código: PE-PR-01-FO-01

Versión: 3

Fecha: 2017-12-01

Bogotá, D.C.

DD

MM

AAAA

SEÑORES**SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO****CIUDAD**

Con la presente autorizo descontar de mi sueldo con destino al Fondo de Empleados del Instituto de Desarrollo Urbano -FOSOL- en calidad de trabajador del I.D.U. las obligaciones que adquiere con el fondo, hasta la cancelación de éstas y el descuento de la cuota de ahorros permanentes y aportes así:

Cuota de ahorro (mínimo 5%, máximo 10% mensual)
 %

Estuvo vinculado anteriormente al Fondo?:

 SI NO

Motivo del retiro:

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:

Tipo de documento:

C.C.

C.E.

No.

Lugar y Fecha de expedición:

DD

MM

AAAA

Fecha de nacimiento:

DD

MM

AAAA

Lugar de nacimiento:

Sexo

 F M

Cabeza de Familia:

 SI NO

Estado civil:

Soltero

Casado

Unión Libre

Otro. ¿Cual?

Nombre del cónyuge / compañero (a):

Dirección

Barrio / Vereda:

Ciudad:

Estrato:

Residencia

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Cuenta Bancaria No.

Entidad:

Tipo de Cuenta:

Ahorros

Corriente

ESTUDIOS REALIZADOS

Profesión:

Técnico / Tecnológico:

Otros estudios:

INFORMACIÓN LABORAL

Fecha de ingreso al IDU:

DD

MM

AAAA

Cargo / Grado:

Dependencia:

Tipo de Nombramiento:

Funcionario de Carrera

Funcionario Libre Nombramiento y Remoción

Funcionario Provisional

Empleado Fosol

Otro, Cuál?

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Ext.:

Celular:

Correo electrónico IDU:

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 cargo o actividad, ¿goza usted de reconocimiento público general?:

 SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

GRUPO FAMILIAR (INFORMACIÓN NO OBLIGATORIA)

Nombres y Apellidos	Tipo de documento	# documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Nota: En caso de fallecimiento del asociado los ahorros y aportes serán entregados a los beneficiarios estipulados por la ley.

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Total activos:

\$

Total pasivos:

\$

INGRESOS

Ingresos mensuales Laborales:

\$

Otros Ingresos:

\$

Concepto:

BIENES

Tipo de Inmueble	Dirección	Ciudad
Casa:		
Apartamento:		
lote:		
Otro:		

Tipo de Vehículo	Marca	Referencia	Placa	Modelo	Aseguradora
Automovil					
Moto					
Otro:					

ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO ¿Cuál?

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

Posee productos financieros en el exterior? SI NO Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO

Tipo de Producto	ID o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES


1). **ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consagrado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de fondo y/o bienes. a) Que los recursos de mi propiedad (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc) _____; b) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación de Asociado con el FONDO DE EMPLEADOS DEL IDU (en adelante FOSOL) no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; c) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; d) Que autorizo a FOSOL para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a FOSOL de toda responsabilidad que se derive de ello y e) Que me obligo para con FOSOL en nombre propio a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga FOSOL. 2).

TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a

FOSOL, respecto al cual tengo la calidad de Asociado, para que con fines estadísticos de verificación o de reporte históricos, soliciten, procesen, conserve, consulte, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de banco de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que se comience mi relación con FOSOL. 3). **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a FOSOL de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrado. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FOSOL, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de Ahorro y Crédito, así como para fines administrativos, comerciales de publicidad y contactos frente a los titulares de los mismos y para remisión a

las entidades fiscales y de control y vigilancia. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos. 4). **INFORMACIÓN RECIBIDA:** Declaro que he indagado y he recibido la información sobre los servicios, mis derechos y obligaciones. 5). **DECLARACIÓN:** Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que lo amerite.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:

_____	
Firma del Asociado	

Nombre Completo	
Cédula No. _____	

* ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD