



FORMATO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Afiliación: ☐ Actualización de datos: ☐ Reingreso: ☐

Ciudad: _____

Fecha de Diligenciamiento M: D: A:

DATOS DEL AFILIADO(A)

Primer apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:				Sexo: ☐ F ☐ M
Tipo de documento: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.P. ☐ Otro	No. Identificación:	Fecha de expedición: Mes / Día / Año	Ciudad de expedición:	Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año	Ciudad de nacimiento:	Estado civil: ☐ S ☐ C ☐ U.L. ☐ V

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección de residencia:	Barrio:	Ciudad:	Departamento:	Estrato:	Tipo de vivienda: ☐ PROPIA ☐ ARRIENDO ☐ FAMILIAR ☐ HIPOTECA ☐ OTRO
E-Mail personal:	E-Mail corporativo:			Teléfono celular:	Teléfono fijo:
Marque donde desea recibir correspondencia: Residencia: ☐ Correo corporativo: ☐ Correo personal: ☐ Celular: ☐					

INFORMACIÓN LABORAL, OCUPACIÓN, ACTIVIDAD, PROFESIÓN

Empleado ☐ Pensionado: ☐ Retirado: ☐	Empresa donde labora:	Cargo:			
Sede o Planta:	Área:	Dirección Oficina:		Ciudad:	
Tipo de Salario Integral: ☐ No integral: ☐ \$	Tipo de Contrato Definido: ☐ Indefinido: ☐	Fecha de inicio de contrato Mes / Día / Año	Fecha de finalización de contrato Mes / Día / Año		
Nivel de estudios Primaria: ☐ Secundaria: ☐ Técnico: ☐ Tecnólogo: ☐ Universitario: ☐ Posgrado: ☐		Profesión o título obtenido			

APORTES POR REALIZAR

Coloque el porcentaje de su salario que desea ahorrar, entre el 1% y el 10% de su salario básico mensual: %

INFORMACIÓN BANCARIA

BANCO	TIPO DE CUENTA Ahorro: ☐ Corriente: ☐	No. CUENTA
-------	--	------------

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Activos	
Salario fijo:	\$	Gastos familiares:	\$	Bienes raíces:	\$
Salario variable:	\$	Arriendo:	\$	vehículos:	\$
Arrendamiento s	\$	Cuota hipoteca:	\$	Otros activos:	\$
Bonificaciones:	\$	Otros créditos:	\$	TOTAL ACTIVOS:	\$
Otros ingresos:	\$	Otros Gastos:	\$	Pasivos	
TOTAL INGRESOS:	\$	TOTAL EGRESOS:	\$	TOTAL PASIVOS:	\$
Conceptos de otros Ingresos:				Descripción de otros activos:	

¿Maneja recursos públicos? Si ☐ No ☐	¿Es funcionario público? Si ☐ No ☐	¿Tiene reconocimiento público? Si ☐ No ☐
Residencia fiscal del titular del Asociado(a) en otros territorios	¿Debe usted declarar sus impuestos adicionalmente en un país/jurisdicción diferente a Colombia? * Si ☐ No ☐	*En caso de ser positiva la respuesta, debe diligenciar el formato de autocertificación para cumplir con requerimientos de información de la DIAN en materia de FATCA y CRS.

HEREDEROS LEGÍTIMOS DE AHORROS Y APORTES EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO(A)

Parentesco	Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	Identificación	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Depende económicamente
		☐ C.C. ☐ T.J. ☐ N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
		☐ C.C. ☐ T.J. ☐ N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
		☐ C.C. ☐ T.J. ☐ N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
		☐ C.C. ☐ T.J. ☐ N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
		☐ C.C. ☐ T.J. ☐ N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, identificado con nombre(s) y documento de identidad indicado en este documento, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado, es cierto y verificable, realizo la siguiente declaración de origen y destinación de fondos a FONDEARGOS de conformidad con las normas que regulan en Colombia los asuntos relacionados con la prevención y control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo: 1. Declaro que el origen de mis recursos y patrimonio proviene del desarrollo de las siguientes actividades:

2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano u otra norma que lo modifique o adicione.

Firma del asociado(a)

Huella

FAMILIARES ASEGURADOS EN LA PÓLIZA DE VIDA NO CONTRIBUTIVA

Fondeargos, a través de la compañía SURA SEGUROS, auxilia sin costo una póliza de vida para los asociados y su grupo familiar básico. La cobertura por fallecimiento aplica a partir de que el asociado cumpla los 3 meses de antigüedad con el fondo, por un valor hasta \$ 3,000,000. Puede asegurar 3 personas de su grupo familiar así:

*** Asociado casado: Cónyuge o compañero(a) permanente e hijos (as) menores de 30 años.**

*** Padres menores de 71 años y/o hijos (as) menores de 30 años**

Nota: Hijos (as) con algún tipo de discapacidad ingresan sin límite de edad.

Esta póliza no permite incluir a beneficiarios que presenten las siguientes enfermedades crónicas: cáncer, leucemia, SIDA, VIH, insuficiencia renal o cardíaca, infarto del miocardio, enfermedad cerebrovascular, diabetes y epilepsia, trasplantes de órganos vitales (hígado, pulmón, páncreas y corazón) igualmente los familiares de los asociados (as) que conozcan o estén en un proceso de evaluación de una incapacidad parcial, total y permanente, les impida, realizar su labor diaria por tener una pérdida de la capacidad mayor o igual al 50%.

Parentesco	Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	Identificación	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Depende económicamente
		C.C. T.J. N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
		C.C. T.J. N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
		C.C. T.J. N.U.I.P.			Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐

BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA DE VIDA NO CONTRIBUTIVA (En caso de fallecimiento del asociado)

Nombres y Apellidos	Tipo de Identificación	Identificación	Parentesco	% Beneficio	Fecha de nacimiento	Depende económicamente
	C.C. T.J. N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
	C.C. T.J. N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
	C.C. T.J. N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
	C.C. T.J. N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐
	C.C. T.J. N.U.I.P.			%	Mes / Día / Año	Si ☐ No ☐

MIEMBROS DEL NÚCLEO BÁSICO FAMILIAR

Relacione los miembros de su núcleo familiar para su registro en las actividades de Bienestar Social. Puede ser de primer y segundo grado de consanguinidad.

Nombre familiar 1:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 2:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 3:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 4:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año
Nombre familiar 5:	Parentesco:	Fecha nacimiento: Mes / Día / Año

AUTORIZACIONES GENERALES

FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO ARGOS Y FILIALES SIGLA FONDEARGOS identificado con Nit 890.114.655-3 es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal para las siguientes finalidades: (1) Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono u otro medio; (2) Generar estadísticas internas; (3) Generar facturas; (4) Realizar actividades de gestión administrativa; (5) Realizar análisis de perfiles; (6) Realizar la formalización de ajustes o acuerdos de pago; (7) Realizar la verificación de datos o referencias suministradas con terceros o entidades; (8) Realizar la verificación de requisitos jurídicos, técnicos y/o financieros; (9) Realizar prospección comercial; (10) Recibir y gestionar requerimientos sobre productos o servicios, atención a los titulares (Gestión PQR); (11) Consultar, solicitar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento, financiero y comercial; (12) Consultar en listas vinculantes para diligencias relacionadas con SARLAFT.

Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Puede ejercer sus derechos siguiendo el procedimiento descrito en nuestra política, la cual puede consultar escribiéndonos un correo electrónico a osilvera@argos.com.co o ingresando a nuestra página web <https://www.fondeargos.org>

Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO ARGOS Y FILIALES SIGLA FONDEARGOS para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente antes de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma del asociado(a)

C.C.

Huella

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO EXCLUSIVAMENTE POR EL FUNCIONARIO(A) DE FONDEARGOS

Información de la Entrevista (Espacio exclusivo para el Consultor de Servicio y Bienestar)

Nombre de la persona que realiza la entrevista _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____

Verificación de Información (Espacio exclusivo para la Analista Administrativa)

Nombre de la persona que verifica la información _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma: _____

¿Se realizó consulta del tercero con este formato en la lista CLINTON, ONU y otras? Si: ☐ No: ☐

Resultado: Satisfactorio: ☐ Insatisfactorio: ☐

Nombre de la persona que realizó la consulta:

Fecha y hora: