

**FORMATO DE VINCULACION FONDO DE
EMPLEADOS Y PRESTADORES DE SERVICIOS
MEDICOS DE PROFAMILIA**

Fecha de diligenciamiento					
INFORMACIÓN PERSONAL					
Apellidos y nombres		No. Cedula	Lugar de Expedición		Fecha de Expedición
Lugar de Nacimiento		Fecha de nacimiento	Tipo de Vivienda	Estrato	Ciudad de Residencia
Dirección Residencia		Telefono Fijo	Celular	Email	
Nivel Educativo	Profesión		Ocupación u Oficio	Estado Civil	No.personas a Cargo
Cuenta Bancaria No	Entidad o Banco		Tipo de Cuenta		
Referencia Personal	Telefono Fijo		Celular		
Referencia Familiar	Telefono Fijo		Celular		
INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR BÁSICO (cónyuge e hijos o padres)					
Apellidos y nombres	Tipo doc	Numero Doc	Fecha nacimiento	Parentesco	Ocupación
INFORMACIÓN LABORAL					
Empresa	Dependencia	Fecha de ingreso	Dirección		Ciudad
Teléfono - Ext	Cargo	Email corporativo		Tipo de Contrato	Salario
					\$ 0
INFORMACIÓN FINANCIERA					
Declaro que el origen de mis ingresos provienen de:			Actividad económica		
Total Activos	\$ 0	Total Pasivos	\$ 0	Total Patrimonio	\$ 0
Total ingresos mensuales		\$ 0	Total egresos mensuales		\$ 0
Maneja recursos públicos o es servidor Público?			Es usted una persona políticamente expuesta?		
AUTORIZACIONES					
MI COMPROMISO DE AHORRO PERMANENTE Y APORTE SOCIAL ES DEL % DE MI SALARIO O INGRESO MENSUAL					
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACION DE MANEJO DE DATOS PERSONALES					
Declaro que: 1) 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 mí(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) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 3) FEMPRO me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 4) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar lo documentos o soportes requeridos anualmente. 5) Conozco las políticas de tratamiento de datos personales. Otorgo mi consentimiento a FEMPRO para tratar mi información personal, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la políticas de manejo de datos personales.					
AUTORIZACION DE DESCUENTOS Y CONSULTAS EN CENTRALES DE INFORMACION					
1. Autorizo irrevocablemente al pagador de la nomina de la empresa a la que me encuentre vinculado o entidad pensional para que me sean descontados de mi salario y/o acreencias laborales con destino al Fondo de empleados y Prestadores de servicios médicos de PROFAMILIA "FEMPRO", los valores comprometidos por concepto de pago de todas las obligaciones de credito, cuotas de ahorros, aportes y demas sumas u obligaciones adquiridas con FEMPRO como asociado del Fondo en calidad de deudor o codeudor de conformidad con la ley, el Estatuto y los reglamentos de FEMPRO, tal como le he autorizado en las solicitudes de credito y pagares firmados. Igualmente autorizo al pagador de la nomina para que en caso de mi retiro de la empresa efectue los descuentos de mis prestaciones legales, extralegales, bonificaciones, indemnizaciones, cesantias, pension y en general de cualquier valor a mi favor, las sumas a mi cargo generadas por todas las obligaciones adquiridas con FEMPRO. 2) Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a FEMPRO o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 3) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 4) 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 FEMPRO, 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.					
FIRMAS					
 FIRMA DEL ASOCIADO		 HUELLA	Registro Fondo de Empleados <hr/> Registro Radicado <hr/> Registro Ingreso Contable		

Anexo a este formato debe enviar Fotocopia de la cedula de ciudadanía y Copia del último desprendible de Nomina