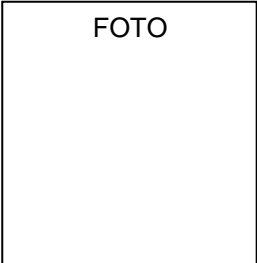




**FONDO DE EMPLEADOS DE IMOCOM “FONDIMO” NIT. : 800.204.740-0  
PERSONERIA JURIDICA RESOLUCION 1957 DE JULIO 23 DE 1993  
SOLICITUD DE ADMISION / ACTUALIZACIÓN DE DATOS**



**Señores  
FONDO DE EMPLEADOS DE IMOCOM  
“FONDIMO”  
Bogotá.**

FECHA DD \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AAAA \_\_\_\_

SOLICITUD DE ADMISION  ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Yo, \_\_\_\_\_, solicito ingresar como asociado del Fondo de Empleados de IMOCOM “FONDIMO” y autorizo con mi firma en este documento al pagador **IMOCOM S.A.S., con NIT. 860.003.168-2 o a quien efectúe las veces de éste**, para que me descuente la suma equivalente al **cinco por ciento (5%) (\$ \_\_\_\_\_ )** o el equivalente al ( \_\_\_\_ %) (\$ \_\_\_\_\_ ), **de mi sueldo**, como cuota mensual de ahorro y aportes. (Los cuales me serán reintegrados únicamente en el momento del retiro y cruce de cuentas con “FONDIMO”). --- Declaro conocer que sobre mi ahorro y aporte, **IMOCOM S.A.S.**, voluntariamente reconoce como incentivo al ahorro, el **veinticinco (25%) del cinco (5%) de mi sueldo básico, que se incrementará en mi aporte mensual.**

En mi condición de asociado(a) del FONDO DE EMPLEADOS DE IMOCOM, “FONDIMO” y de acuerdo con los estatutos del fondo de empleados autorizo con la firma en este documento expresa, voluntaria e irrevocablemente a “FONDIMO” o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor para consultar, reportar, procesar, solicitar, suministrar, rectificar, actualizar y divulgar a las Centrales de Información del Sector Financiero (TRANSUNION), (DATACREDITO), que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o cualquier otra entidad que administre o maneje bases de datos o a cualquier entidad financiera, todo lo relativo a la información comercial de que se disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales.

Autorizo con mi firma en este documento expresa, voluntaria e irrevocablemente a “FONDIMO” o a quien represente sus derechos, a notificarme y enviarme la información que dé cuenta del cumplimiento de mis derechos y deberes como asociado, notificándome tanto a las direcciones residencial y/o laboral, como a los correos electrónicos registradas en el presente Formato, comprometiéndome a su vez a realizar periódicamente la actualización de éstas. Así mismo autorizo con mi firma en este documento expresa, voluntaria e irrevocablemente para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte de “FONDIMO” o de terceros, todo ello respetando las limitaciones impuestas por las normas legales de autoridades competentes de acuerdo con la ley 1581 de 2012.

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a “FONDIMO”, 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 relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a “FONDIMO”, 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 “FONDIMO”, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en (nombre del Fondo) 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.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por “FONDIMO” para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

Me permito libre de apremio y voluntariamente designar como beneficiarios, en caso de mi fallecimiento para la entrega de los valores que me puedan corresponder en mi calidad de asociado(a), a mi siguiente núcleo familiar:

Parentesco	Sexo	Nombres y Apellidos	Fecha de nacimiento	Documento de Identidad	Valor %
	F M		DD MM AAAA		
	F M		DD MM AAAA		
	F M		DD MM AAAA		

Esta autorización tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación y descuento de dicho aporte. En constancia de mi acuerdo y aprobación con la totalidad de lo anteriormente expuesto, me permito firmar y suministrar mis datos personales.

FIRMA SOLICITANTE, \_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Adjunto fotocopia documento de identidad.

***NOTA IMPORTANTE: El presente formato deberá ser diligenciado en su totalidad, para poder ser radicado en FONDIMO.  
Me comprometo a actualizar mi información personal como mínimo de forma anual o cuando haya lugar a un cambio.***

<b>Numero de Documento</b>		<b>Expedido en</b>		<b>Tipo de Documento</b>		Cédula	Extranj.	NIT	T.I.	<b>Fecha de Expedición</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>F/ Ingreso Fondo</b>	
_____		_____		_____		_____	_____	_____	_____	____/____/____		____/____/____		____/____/____	
<b>1 er Apellido</b>		<b>2 do Apellido</b>		<b>Nombres</b>				<b>Celular</b>				<b>F/Ingreso Compañía.</b>			
_____		_____		_____				_____				____/____/____			
<b>Nacionalidad:</b>		<b>Lugar de Nacimiento - Deprartamento y Municipio:</b>				<b>Profesión:</b>				<b>Nombre Empresa donde labora:</b>					
_____		_____				_____				_____					
<b>Ciudad / Municipio Residencia:</b>		<b>Tel. Residencia:</b>		<b>Dirección Residencia:</b>								<b>Tipo de contrato</b>			
_____		_____		_____								Indefinido			
<b>Ciudad / Municipio donde Labora:</b>		<b>Tel. y Ext. Ofic:</b>		<b>Dirección Laboral:</b>								Fijo *			
_____		_____		_____								_____			
<b>Barrio Residencia</b>				<b>e-mail:</b>		<b>Personal:</b>				<b>Fecha Vto. Contrato *</b>					
_____				_____		_____				____/____/____					
<b>Cargo Asignado</b>				<b>Salario</b>		<b>Cuota obligatoria</b>		<b>Otros Ingresos</b>		<b>Especifique otros ingresos</b>					
_____				\$ _____		\$ _____		\$ _____		_____					
<b>Nombre del Jefe Inmediato</b>				<b>Extension Jefe</b>	<b>División donde Labora</b>		<b>Egresos</b>		<b>Activos</b>		<b>Pasivos</b>				
_____				_____	_____		_____		_____		_____				
<b>Operaciones en Moneda Extranjera</b>		<b>Pais / Ciudad</b>		<b>Banco</b>		<b>Tipo de Moneda</b>		<b>Tipo de Operación</b>		<b>Tipo de Producto</b>		<b>Numero de Producto</b>			
SI_ NO_ MONTO \$ _____		_____		_____		_____		_____		_____		_____			
<b>Nivel escolaridad</b>		<b>Centro de Costo</b>		<b>Ocupación</b>		<b>Estado civil</b>		<b>EPS</b>		<b>Estrato: N/A_ 1_ 2_ 3_ 4_ 5_ 6_</b>					
Ninguno		Barranquilla		No aplica		Soltero		_____		_____					
Primaria		Bucaramanga		Empleado		Casado		<b>Fondo de Pensiones</b>		<b>Cuenta Bancaria N°</b>					
Bachillerato		Cali		Independiente		Unión libre		_____		_____					
Técnico		Calle 17		Pensionado		Separado		<b>Fondo de Cesantías</b>		<b>Tipo de cuenta</b>		<b>Entidad Bancaria</b>			
Tecnología		Manizales		Estudiante		Divorciado		_____		Ahorros_ Corriente_		_____			
Especialización		Medellín		Hogar		Viudo		<b>ARL</b>		<b>Jornada laboral: Tiempo Total</b> _____		<b>Quincena: 1ra_ 2da_</b>			
Universitario		Montevideo		Cesante		<b>Sexo</b>		_____		Sí_ NO_		<b>Fecha ultimo Retiro:</b>			
Especialización		<b>COMPañÍA</b>		<b>Tipo de Vivienda</b>		Masculino		<b>Régimen</b>		<b>Directivo</b>		_____			
Maestría		IMOCOM S.A.S.		Propia		Femenino		Simplificado_ Común_		Sí_ NO_		Grupo Sanguíneo: ___ RH ___			
Doctorado		FONDIMO		Arriendo		Persona Juridica		<b>Código CIUU Actividad Principal N:</b>		<b>Asistió a la última asamblea</b>		_____			
Posdoctorado		EXTERNOS		Familiar		_____		_____		Sí_ NO_		<b>Huella</b>			
<b>Cantidad de Personas a cargo N°</b> _____				<b>Mujer Cabeza de Familia</b>				<b>Es usted declarante de renta? Si_ No_</b>							
_____				Si_ NO_				_____							
<b>Parentesco ;</b>				_____				_____							
_____				_____				_____							
<b>Número de Hijos y fechas de Nacimiento</b>				<b>N°</b> _____				<b>Firma:</b> _____							
_____				_____				_____							
<b>Fechas:</b>				_____				<b>CC.</b>							
_____				_____				_____							

## **AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

*En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, de Protección de Datos Personales, “FONDIMO”, como Responsable del Tratamiento, le informa que mediante la firma del presente formulario usted autoriza a “FONDIMO” a tratar la información suministrada con el fin de: analizar su perfil para efectos de estudiar, discutir, tratar y decidir su vinculación como asociado de este Fondo; gestionar todos los servicios de ahorro, crédito, capacitación y demás servicios comerciales o no que ofrece o llegara a ofrecer “FONDIMO”, directa o indirectamente, lo cual puede incluir su transmisión o transferencia; realizar actividades comerciales mediante el envío o suministro de información comercial, de productos, servicios, descuentos, alianzas, eventos y demás relacionada con nuestro objeto social.,*

*Como titular de los datos personales que está suministrando, usted cuenta con los derechos de conocimiento, acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión sobre los datos personales a los que se dará tratamiento, los cuales puede ejercer enviando un correo a [fondimo@imocom.com.co](mailto:fondimo@imocom.com.co) o entrega comunicado en físico en la calle 15A N° 69 -90 Oficina “Fondimo”.*

*“FONDIMO” le informa que cuenta con una Política de Tratamiento de la Información Personal que se encuentra disponible en el siguiente link: <http://fondimo.com/normatividad/>.*

*Así mismo, le informa que es voluntario responder preguntas que eventualmente le sean hechas sobre datos sensibles, a menos que exista un deber legal que exija revelarlos o sea necesario revelarlos para salvaguardar su interés vital y Usted se encuentre en incapacidad física, jurídica y/o psicológica para hacerlo. Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos, y condiciones especiales como discapacidad, desplazamiento, cabeza de familia, entre otros. También es facultativo el suministro de datos de menores de edad, y en caso de ser suministrados por Usted serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores de los menores de edad.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

CC. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## **DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)**

*Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:*

*¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_*

*¿Tiene o goza de reconocimiento público? (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_*

*¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_*

*¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_*



**ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO EXCLUSIVO DE FONDIMO**

INFORMACION ENTREVISTA	
PRESENCIAL <input type="checkbox"/>	TELEFONICA <input type="checkbox"/>
FECHA DE LA ENTREVISTA: DD MM AAAA	
HORA: _____	
RESULTADO: ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>
_____ FIRMA ENTREVISTADOR Nombre: _____	
<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____	

VERIFICACION DE LA INFORMACION
FECHA DE LA VERIFICACION: DD MM AAAA
HORA: _____
_____ FIRMA DE QUIEN VERIFICO LA INFORMACIÓN Nombre: _____
<b>Observaciones:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

**Fue realizada la consulta en las bases de datos de:**

- **Lista ONU** (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_ Fecha de consulta DD/MM/AAAA Nombre persona responsable de la consulta: \_\_\_\_\_
- **Lista OFAC**(SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_ Fecha de consulta DD/MM/AAAA Nombre persona responsable de la consulta: \_\_\_\_\_
- **Centrales de Riesgo** (SI) \_\_\_ (NO) \_\_\_ Fecha de consulta DD/MM/AAAA Base de datos en la cual se realiza la consulta: \_\_\_\_\_  
 Nombre persona responsable de la consulta: \_\_\_\_\_