

¡La forma mas fácil de sentirte parte de el!

Fto. No. 003 – Mod. 2025-03-10

Tipo de Vinculación		Ingreso ☐ Reingreso ☐	N° de Radicación:		Fecha DD MM AAAA		
Fecha de Solicitud		Fecha de Ingreso Fondo de Empleados		Ciudad			
Día	Mes	Año					
INFORMACIÓN PERSONAL							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		Sexo Edad	
Año	Mes	Día			F ☐ M ☐		
Tipo de Identificación			Lugar de Expedición		Fecha de Expedición de Cédula		
CC ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ N _____					Día Mes Año		
Correo Elec. donde llegara su Estado de Cuenta			Celular	Fijo	Personas a Cargo		
					Adultos Menores 18		
Estado Civil			Cabeza de Familia		Tipo de Vivienda		
Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐			SI ☐ NO ☐		Casa ☐ Apart. ☐		
Clase de Vivienda		Tiene Vehículo		Pignorado			
Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐	AUTOMOVIL ☐ MOTO ☐		SI ☐ NO ☐				
Nivel Académico							
Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Pregrado ☐ Postgrado ☐ Especialización ☐ En curso ☐ Ninguno ☐	PROFESIÓN O NOMBRE DE LA CARRERA EN CURSO						
Estrato	Dirección de Resid. Actual		Barrio		Ciudad		
1 2 3 4 5 6							
INFORMACIÓN LABORAL							
Tipo de Descuento		Empresa	Ciudad donde labora	Sede o Dirección	Tipo de Contrato	Cargo	
Admón ☐ Planta ☐ Ventas ☐ Integral ☐					Indefinido ☐ Fijo ☐		
Fecha Ingreso Empresa		Salario \$:		Entidad Bancaria		No. Cuenta Bancaria Tipo Cuenta	
		Quincenal ☐ Mensual ☐				Ahorro ☐ Corriente ☐	
POSEE VINCULACIÓN FAMILIAR EN LA EMPRESA							
Padre ☐ Madre ☐ Hermano (a) ☐ Tío (a) ☐ Primo (a) ☐ Esposo (a) ☐ Suegro (a) ☐							
PERSONAS A CARGO DEL ASOCIADO							
Identificación		Nombres	Apellidos	F. Nac			Parentesco
Tipo	Numero			Año	Mes	Día	
RC:Registro Civil T.I.:Tarjeta de Identidad CC:Cédula CE:Cédula de Extranjería							
% de Aportes a deducir de mi salario mensual							
3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10% Otro Valor \$							

¡La forma más fácil de sentirte parte de él!

Fto. No. 003 – Mod. 2025-03-10

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		ACTIVOS \$	
EGRESOS MENSUALES		PASIVOS \$	
OTROS INGRESOS		PASIVOS	

CON PERSONAS NATURAL

POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?, en ese caso diligencie la siguiente información

Banco	Ciudad	País	Moneda	Nro Cuenta
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes Año	Es declarante?	SI ☐ NO ☐

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 FONPROCAPS, 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 FONPROCAPS, 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 FONPROCAPS 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 FONPROCAPS tienen procedencia lícita y están soportadas con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con el 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 FONPROCAPS para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)

¿Ejerce usted algún cargo como servidor público? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es positiva, selecciones con un X, la función del cargo (funciones o categorías incluidas dentro del Decreto 830 de 2021)

☐ Ordenación del gasto	☐ Contratación Pública	☐ Contratación Pública
☐ Expedición de normas y regulaciones	☐ Pagos	☐ Pagos
☐ Administración de bienes muebles e	☐ Dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.	☐ Dirección o manejo de recursos en los

Cargo	Fecha de vinculación	Fecha de desvinculación
-------	----------------------	-------------------------

¿Ejercen funciones Directivas en una organización internacional?	SI ☐ NO ☐
¿Desempeñan funciones públicas prominentes y destacadas en otro país?	SI ☐ NO ☐
¿Usted goza de reconocimiento público?	SI ☐ NO ☐
¿En los últimos veinticuatro (24) meses, Usted ha desarrollado cargos o funciones relacionados con los numerales 1) 2) o 3) de esta sección?	SI ☐ NO ☐
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?	SI ☐ NO ☐

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

Anexos:

1. Fotocopia de Cédula normal
2. Certificación Laboral

Cláusula Informativa: De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1377 de 2013, le informamos que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, siendo tratados con la finalidad de mantener actualizada la información de nuestros asociados. De igual modo, se le informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento desarrollada por el FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, a la cual se puede tener acceso en nuestra página web. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS a la dirección de correo electrónico gerencia@fonprocaps.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar o mediante correo ordinario remitido a la Calle 80 N° 78B - 19. Informamos que anualmente Fonprocaps está en la obligación de solicitar actualizar sus datos.

AUTORIZACIÓN DEDUCCIÓN DE NÓMINA

Yo _____, identificado con documento de identidad N° _____ expedida en _____ autorizo a la empresa _____ para que deduzca de mi salario en forma quincenal o mensual los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor del Fondo de Empleados de PROCAPS.

1. Aportes, el cual no podrá exceder del 10% del salario básico según Art. 16 del Título I. Capítulo IV del Decreto 1481 de 1989
2. Ahorros permanentes, voluntarios y los permitidos en la organización.
3. Y demás obligaciones que adquiere a través de FONPROCAPS.

Firma _____ Ciudad _____ Fecha _____

Autorizo a Fonprocaps o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera – CIFIN, que administra la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero, solidario y real, y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

AUTORIZACION DE RETIRO DE APORTES Y AHORROS

Al fallecimiento legalmente comprobado se entregará el dinero depositado en Fonprocaps como ahorros y aportes a:

Identificación		Fecha de Nacimiento			Nombre Completo	Parentesco	% Asignado
Tipo Doc.	Número	AÑO	MES	DIA			

Construyendo Cultura de Solidaridad y Bienestar

CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos _____ identificado con cédula de ciudadanía N° _____ expedida en _____, como asociado del Fondo de Empleados de Procaps y GRETHEL RUTH MORENO ROMERO, identificada con cédula de ciudadanía N° 32.689.958 expedida en Barranquilla, en su calidad de REPRESENTANTE LEGAL del FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS con Nit. 800.233.440-1, hemos celebrado el siguiente acuerdo a las siguientes cláusulas:

Primera: El asociado _____ quien en este contrato se denominará el MANDANTE, le confiere al FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS quien se denominará el MANDATARIO, para que en nombre del primero (mandato con representación) o en el de este (mandato sin representación) ejecute los actos de comercio que se definen a continuación.

Segunda: El MANDATARIO se obligará a adquirir directamente y a su nombre, para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedores lealmente reconocidos, bienes y servicios que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar siempre que desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular.

Tercera: El MANDATARIO se obliga a entregar al MANDANTE una orden de compra debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos por el MANDANTE.

Cuarta: El MANDATARIO no podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización del MANDANTE.

¡La forma mas fácil de sentirte parte de él!

Fto. No. 003 – Mod. 2025-03-10

Quinta: Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el MANDATARIO se presentarán de forma GRATUITA, y solo se trasladarán al MANDANTE aquellos valores diferentes que se tengan que cubrir con ocasión de circunstancias especiales creadas por este.

Sexta: El MANDANTE podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas con EL MANDATARIO.

Se firma en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del asociado
C.C. N°

Firma del Rep. Legal



INFORMACION ENTREVISTA	
LUGAR DE LA ENTREVISTA	
FECHA DE LA ENTREVISTA	DIA MES AÑO HORA
RESULTADO:	Aceptado ☐ Rechazado ☐
FIRMA	
OBSERVACIONES	

VERIFICACION DE LA INFORMACION	
FECHA VERIFICACION	DIA MES AÑO HORA
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA	
FIRMA	
OBSERVACIONES	

¡La forma mas fácil de sentirte parte de él

Fto. No. 003 – Mod. 2025-03-10

AUTORIZACION EXPRESA

En Barranquilla, a 1 de Noviembre de 2016.

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, siendo tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y en base a la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso Correo electrónico y pagina Web.

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS a la dirección de correo electrónico gerencia@fonprocaps.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 80 N° 78B-19.

FIRMA ASOCIADO
CC.

AUTORIZACIÓN PARA DATOS SENSIBLES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo expresamente, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, para que sean tratados con la finalidad de llevar estadísticas sobre los servicios sociales ofrecidos a nuestros asociados y su grupo familiar.

De igual modo, como Titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; y además, puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS a la dirección de correo electrónico gerencia@fonprocaps.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 80 N° 78B-19.

FIRMA ASOCIADO
CC.

AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DE MENORES DE EDAD

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo, en calidad de representante legal del menor, que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, para que sean tratados con la finalidad de manejar estadísticas para la realización de eventos con los hijos de los asociados.

De igual modo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre estos datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS a la dirección de correo electrónico gerencia@fonprocaps.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 80 N° 78B-19.

FIRMA ASOCIADO
CC.

AUTORIZACIÓN EXPRESA UTILIZACION DE IMÁGENES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales, al Decreto 1377 de 2013, y a las demás normas concordantes, autorizo como titular de mis datos biométricos y en particular de mi imagen, para que las imágenes hechas dentro de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, bien en fiestas internas, cumpleaños, actividades puntuales o bien fuera de la institución, como excursiones, cursos, capacitaciones o cualquier otra actividad externa, sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, y puedan ser utilizados en sus publicaciones con la finalidad de dar a conocer las actividades que el fondo realiza a través de la unidad de servicio FONSOCIAL

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, mediante correo electrónico a gerencia@fonprocaps.com, indicando, en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección: CALLE 80 N° 78B – 19.

FIRMA ASOCIADO
CC.

CLAÚSULA DE AUTORIZACIÓN PÁGINA WEB

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, se informa al usuario que los datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS, siendo tratados con la finalidad de suministrar información a través de la página de internet del Fondo de Empleados.

Usted puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre los datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE PROCAPS a la dirección de correo electrónico gerencia@fonprocaps.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CALLE 80 N° 78B-19.

El usuario declara haber leído la cláusula anterior y estar conforme con la misma.

FIRMA ASOCIADO
CC.