

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FAA - 113 VERSIÓN: 07

23/10/2017

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO "SARLAFT"

FECHA: D MM AA

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRES:		APELLIDOS:	
N° IDENTIFICACIÓN: _____		TIPO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: _____	
<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	SOL <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> VIU <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DOMICILIO:		DEPARTAMENTO:	
MUNICIPIO:		PERSONAS A CARGO	
BARRIO:	TELÉFONO:	CELULAR:	E-MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CLASE DE VIVIENDA	NIVEL DE ESTUDIO	PRIM	BACH
<input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> TEC <input type="checkbox"/> TECNOL <input type="checkbox"/> UNIV <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> MAG <input type="checkbox"/> OTRO	<input type="text"/>
PROFESIÓN	<input type="text"/>		

2. INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA:		CARGO:	
DIRECCIÓN:		TELEFONO:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE INGRESO:	TIPO DE CONTRATO:	SUELDO:	DURACIÓN:
<input type="text"/> DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AA	<input type="checkbox"/> TERMINO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TERMINO FIJO	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. INFORMACIÓN BANCARIA

ENTIDAD FINANCIERA:	TIPO DE CUENTA <input type="checkbox"/> AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE	No:
----------------------------	--	------------

4. INFORMACION DE AHORRO

AHORRO PERMANENTE Y APORTES % _____ **\$ AHORRO PROGRAMADO** \$ _____

Autorizo a la Sociedad Portuaria Regional de Santa Marta S.A. y Filiales, a descontar del salario que devengo una cuota mensual equivalente a lo aquí descrito, por concepto de aporte permanente mensual y ahorro voluntario al **FONDO DE EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD PORTUARIA REGIONAL DE SANTA MARTA Y FILIALES "FESPORT"**, así como también, a descontar los valores derivados de los compromisos que adquiera con **FESPORT** y que conste en los documentos pertinentes. En caso que presente incapacidad de origen laboral, enfermedad general y/o licencias de maternidad o paternidad, autorizo que se descuente de la prestación económica pagada por el Sistema de Seguridad Social hasta el 50% del valor mensual de la cuota, y en caso que la incapacidad sea de origen laboral, hasta el 75% del valor mensual de la cuota. Superada la novedad, se continuarán descontando las cuotas como se venían practicando.

5. DATOS DE CONYUGE Y BENEFICIARIOS

N° IDENTIFICACIÓN: _____		TIPO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE		NOMBRES Y APELLIDOS:		
OCUPACIÓN O PROFESIÓN:		CELULAR:		FECHA DE NACIMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BENEFICIARIOS						
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOC	N° DOCUMENTO	PARENTEZCO	FECHA NACIMIENTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS		EGRESOS	
SALARIO	\$ _____	GASTOS PERSONALES	\$ _____
OTROS INGRESOS	\$ _____	GASTOS FINANCIEROS	\$ _____
ESPECIFICAR _____			
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL EGRESOS	\$ _____

¿Realiza usted transacciones en moneda extranjera?

SI NO ¿Cuál? Dólar Euro

Productos financieros/Cuentas en moneda extranjera: SI NO Indique otras operaciones

Tipo de producto: _____ **Identificación/ Número de producto:** _____ **Entidad:** _____ **Monto:** _____ **País:** _____ **Ciudad:** _____ **Moneda:** _____

7. REFERENCIAS PERSONALES

1. Nombre	Dirección	Telefono	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. INFORMACION PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS

¿Es usted una persona publicamente expuesta? SI NO Goza usted de reconocimiento Publico SI NO

Si Marcó Si en alguna de las preguntas anteriores por favor diligencie la información de **referencias financieras**

¿ Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI NO Si su respuesta es Si por favor diligencie la siguiente información

Nombre de la PEP _____ Parentesco* _____

*Parentesco : Cónyugue, Padres, Hijos, Abuelos, Nietos, Hermanos, Suegros, Yernos/Nueras, Cuñados, Hijo Adoptivo, Padres Adoptantes

8.1 REFERENCIAS FINANCIERAS (Exclusivo para PEPS)

1. Nombre de la Entidad	Sucursal	Telefono	2. Nombre de la Entidad	Sucursal	Telefono

9. BIENES RAICES

TIPO DE PROPIEDAD _____	VALOR COMERCIAL \$ _____	DIRECCIÓN _____
TIPO DE PROPIEDAD _____	VALOR COMERCIAL \$ _____	DIRECCIÓN _____

10. VEHÍCULOS

TIPO DE PROPIEDAD _____	VALOR COMERCIAL \$ _____	MODELO _____	PLACA _____
TIPO DE PROPIEDAD _____	VALOR COMERCIAL \$ _____	MODELO _____	PLACA _____

11. DECLARACIÓN DE ORIGENES DE FONDOS

Obrando de manera voluntaria y dando certeza de lo que aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a **FESPORT** con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales vigentes para la apertura y manejo de productos financieros: 1. Los recursos que declaro provienen de mi actividad principal. 2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades. 4. Autorizo cancelar las cuentas y/o depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de los numerales contenidos en este documento, eximiendo al **FONDO DE EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD PORTUARIA REGIONAL DE SANTA MARTA "FESPORT"** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o la violación del mismo.

12. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y REGISTRO BASES DE DATOS

Autorizo de forma expresa e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DE LA SOCIEDAD PORTUARIA REGIONAL DE SANTA MARTA "FESPORT"**, consultar, reportar, procesar, suministrar y divulgar a las Centrales de Información todo lo relacionado con las obligaciones crediticias que indirecta o directamente haya contraído o vaya contraer en un futuro con **FESPORT** según los terminos legales, conocemos y aceptamos que 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 SOCIEDAD PORTUARIA DE SANTA MARTA Y FILIALES**, 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. Así mismo autorizo como titular de mis datos biométricos y en particular de mi imagen, para que las imágenes hechas dentro de FONDO DE EMPLEADOS DE SOCIEDAD PORTUARIA DE SANTA MARTA Y FILIALES, 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 SOCIEDAD PORTUARIA DE SANTA MARTA Y FILIALES, y puedan ser utilizados en sus publicaciones con la finalidad de ser incorporado en los informes anuales como parte informativa de la gestión propia del Fondo. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS DE SOCIEDAD PORTUARIA DE SANTA MARTA Y FILIALES mediante correo electrónico a jjimenez@spsm.com.co indicando, en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección: CARRERA 1 NRO 10 A 12.

Al firmar esta solicitud, manifiesto que la información consignada es veraz y que de ser aceptado como socio de **FESPORT** me comprometo a cumplir los estatutos y normas reglamentarias del mismo.

Una vez admitido como Asociado de **FESPORT**, declaro que me comprometo a actualizar los datos por lo menos una vez al año o cuando **FESPORT** lo considere conveniente.

¿Recibió información de la Poliza Exequial? SI NO

¿La adquirió? SI NO

En caso de responder NO, ¿Por qué? _____

FIRMA ASOCIADO

Huella

13. ESPACIO PARA USO DE FESPORT

RECIBIÓ AFILIACIÓN _____	FECHA DE AFILIACIÓN DD MM AA
REALIZÓ VERIFICACIÓN _____	FECHA DE VERIFICACIÓN DD MM AA
OBSERVACIONES: _____	
