



FONDO DE EMPLEADOS DE PAN PA YA - FOEMPAYA

☐ SOLICITUD DE AFILIACIÓN

☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS

☐ REAFILIACIÓN

FECHA DE AFILIACIÓN DD MM AA

INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO												
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre(s)			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
C.C No.			De			Lugar fecha de nacimiento			DD MM AA			
Estado civil		Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>		Otro ¿Cuál?				
Formación académica		Primaria <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/>		en:				
		Secundaria <input type="checkbox"/>		Tecnólogo <input type="checkbox"/>		Especialización <input type="checkbox"/>		en:				
Correo personal				Teléfono fijo:				Teléfono móvil:				
Dirección de residencia				Barrio:		Ciudad:		Departamento:				
Vivienda				Propia <input type="checkbox"/>		Familiar <input type="checkbox"/>		Arriendo <input type="checkbox"/>		Estrato <input type="checkbox"/>		
¿Tiene alguna capacitación en economía solidaria? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?												
INFORMACIÓN LABORAL FINANCIERA	Entidad donde Labora				Dirección				Ciudad/Depto			
	Cargo		Fecha de vinculación		DD MM AA		Correo electrónico		Sueldo \$			
	Ingresos mes \$		Otros ingresos mes \$				Total ingresos mes \$					
	Egresos mes \$		Total activos \$				Total Pasivos \$					
NÚCLEO FAMILIAR	Soltero: padres e hijos hasta los 25 años Casado: padres, cónyuge o pareja permanente hijos hasta los 25 años											
	APELLIDOS		NOMBRES		TIPO DOC	No DOC	PARENTESCO		FECHA NACIMIENTO			
	1								DD	MM	AA	
	2								DD	MM	AA	
	3								DD	MM	AA	
	4								DD	MM	AA	
BENEFICIARIOS (En caso de fallecimiento)	APELLIDOS		NOMBRES		TIPO DOC	No DOC	PARENTESCO		FECHA NACIMIENTO			
	1								DD	MM	AA	
	2								DD	MM	AA	
	3								DD	MM	AA	
	4								DD	MM	AA	
	5								DD	MM	AA	
REQUISITOS AFILIACIÓN	<ul style="list-style-type: none">Ser empleado activo de las empresas del Grupo Pan Pa Ya (Pan Pa Ya, Multipan, Multicarrier, Ricomas pan)Formulario de afiliación debidamente diligenciadoFotocopia de la cédula de ciudadanía											

AUTORIZACIÓN

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE PAN PA YA - FOEMPAYA mediante este documento para que solicite a (*Pan pa ya/Multipan/Multicarrier y/o Rico mas pan*) descontar **quincenalmente** la suma de \$ _____ m/cte de mi salario con destino al ahorro permanente del fondo de empleados de Pan Pa Ya, a partir de: _____ (*Primera quincena a descontar*), también una cuota de afiliación por un valor de \$ _____ m/cte que se descontará en la primera quincena y no es reintegrable ni hará parte en ningún momento del capital social. De igual forma autorizo a FOEMPAYA ejercer el derecho al tratamiento de mis datos personales registrados en la base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013 y ser consultado en las listas restrictivas y vinculantes en Colombia.

Asi mismo me comprometo a acatar toda la reglamentación estipulada en los estatutos de Foempaya.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 006 de marzo de 2014 de la Superintendencia de la Economía Solidaria, en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales acordes, de manera voluntaria doy certeza a FOEMPAYA de la siguiente información: **I)** Los recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, profesión, negocio, etc) **II)**

Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. **III)** No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas a favor de personas relacionadas con las mismas. **IV)** Los recursos que deriven del desarrollo de esta afiliación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas. **V)** Autorizo cancelar los productos y/o servicios con FOEMPAYA, en caso de infracción a cualquiera de los numerales de este documento, así como por la información errónea.

MARQUE CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA:

¿Maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Es familiar de una persona públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo por favor especifique: _____

La información anteriormente suministrada por mi es veraz, completa y exacta. Me obligo a actualizar y/o anexar todos los datos y/o documentos que FOEMPAYA me solicite para corroborar la información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento y la identificación del asociado.

En el evento de incumplir lo anteriormente dicho, autorizo a FOEMPAYA a rechazar cualquier tipo de solicitud y a bloquear cualquier producto y/o servicio que se encuentre vigente a mi nombre, hasta tanto actualice la información proporcionada en este formulario.

FIRMA _____
No CEDULA _____
CODIGO _____

Huella de índice derecho



DATOS ENTREVISTADOR

NOMBRES _____ COD _____
CEDULA _____ FECHA _____ HORA _____