



## FONDO DE EMPLEADOS DE PAN PA YA - FOEMPAYA

- SOLICITUD DE AFILIACIÓN
- REAFILIACIÓN

- ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FECHA DE AFILIACIÓN	DD	MM	AA
---------------------	----	----	----

INFORMACIÓN BASICA 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 \$	
	Soltero: padres e hijos hasta los 25 años Casado: padres, cónyuge o pareja permanente hijos hasta los 25 años						
NÚCLEO FAMILIAR	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	
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"> <li>● Ser empleado activo de las empresas del Grupo Pan Pa Ya (<i>Pan Pa Ya, Multipan, Multicarrier, Rico mas pan</i>)</li> <li>● Formulario de afiliación debidamente diligenciado</li> <li>● Fotocopia de la cédula de ciudadanía</li> </ul>						

### 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.

Así 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: \_\_\_\_\_

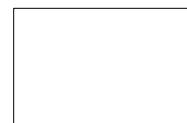
La información anteriormente suministrada por mi es veraz, completa y exacta. Me obligo a actualizar y/o anexar todos los datos y/o documentos que FOEMPAYA me solicite para corroborar la información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento y la identificación del asociado.

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

\_\_\_\_\_

Huella de índice derecho



No CEDULA

\_\_\_\_\_

CODIGO

\_\_\_\_\_

DATOS ENTREVISTADOR

NOMBRES

CEDULA

COD

HORA

FECHA