

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha

Nombres y apellidos _____ C.C. _____ de _____

Lugar de nacimiento _____ Fecha de nacimiento Nacionalidad Colombiano Extranjero Residente

Genero M F Edad _____ Estdo Civil: Casado(a) Soltero (a) U. libre Divorciado No. Personas a cargo _____

Dirección residencial _____ Barrio _____ Teléfono _____ Ciudad _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Cuenta de Nómina No _____ Ahorro Corriente Banco _____

Vivienda: Propia Arrendada Familiar Hipotecada Estrato: _____ Tipo de Vehículo: Propio Pignorado Ninguno

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nivel: Primaria Secundaria Técnica Tecnológica Pregrado Especialización Maestría

Título _____ Institución _____

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa _____ Fecha de Ingreso Cargo _____ Tipo Contrato _____

Sede _____ Dirección _____ Teléfono _____ Ciudad _____

INGRESOS MENSUALES

Salario \$ _____ ¿Declara renta? Si No

Otros Ingresos \$ _____ Procedencia Fondos _____

Total Ingresos \$ _____

Operaciones en Monedas Extrajeras Si No Cuál? _____

EGRESOS

Crédito FONEMCHM \$ _____

Personales \$ _____

Otros gastos \$ _____

Total Egresos \$ _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

No. de Personas que viven en su casa _____

Inscriba a sus conyuge, sin limite de edad, y a sus hijos hasta los 25 años de edad, que dependan parcial o totalmente de usted. Ellos tendrán derecho a participar en eventos programados por FONEMCHM y a beneficiarse de aportes, ahorros y de auxilios de acuerdo con el reglamento del fondo de solidaridad. El tratamiento de datos de menores será realizado respetando sus derechos, razón por la cual dichas actividades serán autorizadas por padre y/o madre.

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
	Día	Mes	Año	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

REFERENCIAS

Referencia Personal: _____ Parentesco _____ Celular _____

Referencia Familiar: _____ Parentesco _____ Celular _____

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEPS)

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

a). ¿Tienes o goza de reconocimiento publico? SI NO CUAL? _____

b) ¿Maneja recursos públicos o que tengas poder de disposición de estos? SI NO CUAL? _____

c). ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con algun de los cargos descritos en el decreto en el decreto 1674 de 2016? SI NO CUAL? _____

d). ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consaginidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI NO CUAL? _____

INFORMACIÓN DE FONEMCHM

Cuota de admisión \$ _____ Cuota de Ahorro quincenal (mínimo 3% del salario básico mensual): _____

Con el presente documento, hago constar que deseo ser asociado del Fondo de Empleados de C.H.M del Caribe. Aceptando por consiguiente, las normas establecidas en los estatutos del mismo y las disposiciones de la Junta Directiva. Autorizo a (señale la empresa en la que labora): CHM Minería S.A.S () CHANEME COMERCIAL S.A () FILIALES () _____ para que descuente de mi salario y/o prestaciones legales o extralegales las obligaciones correspondientes en mi calidad de Asociado(a) a Fonemchm: cuota de afiliación, ahorro y cuotas de prestamos y anticipos. Declaro que la información que suministré es verdadera y autorizo a Fonemchm para su comprobación. En caso de existir inconsistencias, acepto ser excluido(a) de dicha entidad.

Firma del Solicitante C.C.

Firma responsable entrevista

Vo Bo Asistente Administrativo

Junta Directiva



DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y RESPONSABILIDADES DEL ASOCIADO COMO TITULAR DE LA INFORMACIÓN

FOAF-02

Versión 0

**Mayo-2019
Página 1 de 1**

Yo _____, identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____, obrando en nombre propio, ó en nombre de _____ identificado(a), con cédula de ciudadanía número _____ de _____, entendiendo los derechos y obligaciones que me asisten, consagrados en la ley de TRATAMIENTO DE DATOS, ley de HABEAS DATA, ley de acceso y uso de los MENSAJES DE DATOS Y COMERCIO ELECTRÓNICO y las políticas e instrucciones dadas por el Gobierno Nacional sobre la lucha contra el Lavado de activos, el financiamiento del terrorismo y la proliferación, y demás normas que las reglamentan, adicionan, complementan, modifican, suprimen o deroguen; y enterado del carácter facultativo de la información que me solicitan en lo que tiene que ver con mis datos sensibles, manifiesto de forma libre, consciente, informada y espontánea que AUTORIZO al FONDO DE EMPLEADOS DE CHM DEL CARIBE – FONEMCHM - ó a quien represente sus derechos, para el tratamiento, actualización y rectificación de mis datos personales, incluso de aquellos datos catalogados por la ley como privados, semiprivados y sensibles (entre otros, datos biométricos), los cuales, certifico que son veraces, completos, exactos, actualizados y verificables.

1. Manifiesto que he sido suficientemente INFORMADO sobre las políticas que determinan en FONEMCHM el tratamiento que a mi información dará, tanto la persona responsable para ello dentro de la Organización, como todo aquel que entre en contacto con ella, así como de los fines que se persiguen con su recaudo, del tratamiento concreto al que se la someterá y de los canales comprensibles e idóneos dispuestos para que yo acceda a ella, la modifique, actualice o complete.
2. Me COMPROMETO a actualizar y/o rectificar mi información por lo menos una (1) vez durante cada anualidad ó cuando advierta que tales acciones son necesarias debido a cambios en la misma que afecten ó llegaren a afectar el desarrollo normal de las relaciones contractuales, o simplemente cuando FONEMCHM, por cualquier medio que para ello resulte idóneo, así me lo requiera. No obstante lo anterior, de considerarlo necesario, FONEMCHM podrá buscar mi información en las fuentes ó bases de datos que para ello resulten útiles, aunque las mismas no tengan el carácter de públicas, así como compartir, transferir ó transmitir mi información con y a terceros, públicos o privados, o con otros operadores de información, públicos o privados - entre ellos el Registro Nacional de Bases de datos - dentro del país, y, en caso de que en el ejercicio de sus actividades llegare a considerarlo necesario, con otros países, siempre que éstos proporcionen niveles adecuados de protección de datos, similares a los fijados por Colombia.
3. En calidad de representante legal de mis hijos menores de edad, y una vez ejercido el derecho de los menores a ser escuchados, AUTORIZO el tratamiento de sus datos públicos, privados, semiprivados y sensibles para el desarrollo de actividades y/o beneficios sociales para los hijos de los asociados, toda vez que FONEMCHM respeta y responde al interés superior y asegura la protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.
4. Así mismo, AUTORIZO de manera expresa e irrevocable la consulta, solicitud, suministro, reporte, procesamiento y divulgación a terceros, públicos o privados y/u operadores de datos, públicos y/o privados, de la información que dé cuenta de mi comportamiento financiero y crediticio, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países, en calidad de deudor y/o deudor solidario, entre otros, de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras. La información para cuyo tratamiento extiendo la presente autorización, podrá constituirse en elemento de análisis para establecer y mantener mis relaciones contractuales, realizar evaluaciones de riesgo, informar y/u obtener de los sujetos que concurren al mercado, información relacionada con el estado y grado de cumplimiento de mis obligaciones ó gestionar cualquier trámite ante autoridad pública o persona privada respecto del cual dicha información resulte pertinente; información positiva ó negativa permanente según sea el caso, de acuerdo a las normas legales. Los efectos de la presente autorización podrán extenderse a favor de un tercero por venta de cartera o cesión de derechos que realice FONEMCHM.
5. DECLARO que mi nombre y/o documento de identidad no se encuentra reportado en lista restrictiva alguna (entre otras ONU U OFAC -lista Clinton), que el origen de mis recursos es _____ y que no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione; así mismo me comprometo a que terceros no efectuaran, a mi nombre, depósitos de dineros provenientes de actividades ilícitas.
6. Autorizo al pagador de la _____, con la cual estoy vinculado laboralmente (siendo dicha relación contractual la que genera mi vinculación con FONEMCHM), A DESCONTAR de mis salarios, honorarios ó licencias, así como de mis prestaciones sociales, bonificaciones ó indemnizaciones, el monto de los aportes y ahorro permanente y demás cuotas mensuales de obligaciones pecuniarias suscritas con el fondo de empleados FONEMCHM, ya sea en calidad de asociado, deudor, codeudor y/o deudor solidario, entendiéndose que el monto de las cuotas mencionadas y el correspondiente descuento que autorizo para su pago, puede ser modificado unilateralmente por FONEMCHM de resultar necesario por afectarse el límite legal a los descuentos salariales, o por cualquier otra razón que, sin contrariar la constitución y la ley, en su momento el FONDO considere válida; La autorización dada se extiende a la realización por parte del patrono de cualquier acción que, estando dentro de los límites de la ley, tienda a asegurar que cuando se extinga mi relación contractual con la empresa que genera el vínculo de asociación, ningún saldo respecto de las obligaciones contractuales que, para con FONEMCHM llegaré a tener a mi cargo, quedare pendiente. Amparado por esta misma autorización y en persecución de los mismos fines, FONEMCHM podrá para realizar consultas y/o reportes, a quien corresponda, sobre mis salarios, descuentos y demás información económica que contribuya a los intereses del Fondo de Empleados.
7. RECONOZCO que FONEMCHM cuenta con otros canales válidos de comunicación y comercialización, de acuerdo a las nuevas tendencias tecnológicas de comunicación e información, entre otros: mensajes de datos, comercio electrónico e intercambio electrónico de datos.
8. MANIFIESTO que conozco el Estatuto y los Reglamentos de FONEMCHM, y en consecuencia, me comprometo a aceptarlos, a cumplirlos y a actualizar mi conocimiento de los mismos cada vez que sean modificados, los cuales reconozco se encuentran publicados en la página www.fonemchm.com
9. Si FONEMCHM, una vez verificada la información que bajo mi exclusiva responsabilidad respecto a la veracidad de la misma he consignado en el presente documento, llegare a encontrar en ella alguna inconsistencia, no estará obligado a aceptar mi vinculación ó a continuar con la ya existente, estando exonerado de manifestar o justificar las razones de su negación o su terminación. Deberá sin embargo reintegrar cualquier tipo de suma de dinero - sin el reconocimiento de intereses - que formalmente haya recibido. Las inconsistencias aludidas en el presente párrafo serán también Justa causa para terminar cualquier tipo de relación jurídica existente. ACEPTANDO LO ANTERIOR, consiento y autorizo a que durante la vigencia de cualquier clase de relación contractual con el FONDO, mis datos sean tratados conforme a lo previsto en las normas legales y al presente documento.

() “He leído y acepto términos, condiciones y política de tratamiento de datos personales” que se encuentran en www.fonemchm.com

NOMBRE	
DIRECCIÓN	
CIUDAD	
TELÉFONO	
CELULAR	
E-MAIL	

_____ FIRMA	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
C.C.	Huella Dactilar

	AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	FOAF-03
		Versión 0
		Mayo-2019 Página 1 de 1

I. AVISO DE PRIVACIDAD DE FONEMCHM

EL FONDO DE EMPLEADOS DE CHM DEL CARIBE –FONEMCHM–, está comprometido con el tratamiento leal, lícito, legítimo y seguro de los datos personales contenidos en sus sistemas de información. Como Responsable y/o encargado de dicho tratamiento, comunica que los datos personales de los asociados, contratistas, proveedores y terceros, se realiza de acuerdo con la Política de Tratamiento de la Información, cuyo contenido se encuentra disponible en la página web www.fonemchm.com. Por lo tanto, la información suministrada se trata con las finalidades y alcances dispuestos en la mencionada política, en la cual se indican sus derechos como titular de la información para conocer, actualizar o rectificar sus datos y los demás derechos previstos en la normatividad vigente, los cuales pueden ser ejercidos a través del correo electrónico habeasdataasociados@fonemchm.com.

II. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO

Una vez recibidos y entendido los documentos de acuerdo de privacidad y las políticas para la Administración de datos personales, en calidad de ASOCIADO(A) TITULAR DE LA INFORMACIÓN, manifiesto que de manera previa, libre, consciente e informada ACEPTO los citados documentos y por consiguiente AUTORIZO al FONDO DE EMPLEADOS DE CHM DEL CARIBE - FONEMCHM - (Responsable y/o encargado del tratamiento) o a quien represente sus derechos, el TRATAMIENTO o ADMINISTRACIÓN de la información del cual soy titular en calidad de incluso de aquellos datos catalogados por la ley como privados, semiprivados y sensibles; con el propósito global de generar flujos de información, que contribuyan al cumplimiento del Objeto social, actividades, crecimiento social y económico, mejoramiento de bienes y servicios y al cumplimiento en general, de obligaciones contractuales y/o legales que le asiste a FONEMCHM.

Ratifico que de igual forma, he sido suficientemente INFORMADO sobre las políticas que determinan en FONEMCHM el tratamiento de la información, tanto la persona responsable para ello dentro de la Organización, como todo aquel que entre en contacto con ella; en consecuencia me COMPROMETO a actualizar y/o rectificar mi información por lo menos una (1) vez durante cada anualidad ó cuando advierta que tales acciones son necesarias debido a cambios en la misma que afecten ó llegaren a afectar el desarrollo normal de las relaciones contractuales, o simplemente cuando FONEMCHM, por cualquier medio que para ello resulte idóneo, así me lo requiera. No obstante lo anterior, de considerarlo necesario, FONEMCHM podrá buscar mi información en las fuentes ó bases de datos que para ello resulten útiles, incluidas las de mi empleador y aunque las mismas no tengan el carácter de públicas; así como compartir, transferir ó transmitir mi información con y a terceros, públicos o privados, o con otros operadores de información, públicos o privados - entre ellos el Registro Nacional de Bases de datos - dentro del país, y, en caso de que en el ejercicio de sus actividades llegare a considerarlo necesario, con otros países, siempre que éstos proporcionen niveles adecuados de protección de datos, similares a los fijados por Colombia.

Finalmente, (i) Como titular de los datos, tengo los derechos de conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información o revocar la autorización otorgada; (ii). ACEPTO que la solicitud de supresión de la información y la revocatoria de la autorización no procederán cuando tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos de FONEMCHM.

(iii) En caso de no ser resuelta solicitud directamente, y subsidiariamente, tengo derecho a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, (iv). Mis derechos y obligaciones los puedo ejercer observando estrictamente las políticas y procedimientos para el tratamiento de Datos de FONEMCHM, disponible en www.fonemchm.com y comunicándome al correo electrónico habeasdataasociados@fonemchm.com (v) DECLARO que la información reportada, la suministro de forma voluntaria, completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

En señal de aceptación, suscribo la presente autorización, para la administración de toda información suministrada o la que resulte de mi relación asociativa con FONEMCHM.

() “He leído y acepto términos, condiciones y política de tratamiento de datos personales” que se encuentran en www.fonemchm.com

NOMBRE	
DIRECCIÓN	
CIUDAD	
TELÉFONO	
CELULAR	
E-MAIL	

<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>FIRMA</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
C.C.	Huella Dactilar



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

FECHA:

EMPRESA PATRONAL:

NOMBRE DEL ASOCIADO:

CÉDULA No.

VALOR DE LA POLIZA:

CANTIDAD CUOTAS QUINCENALES:

SERVICIO SOLICITADO:

Me confieso deudor del Fondo de Empleados de CHM del Caribe - FONEMCHM - por el valor plasmado en la presente solicitud, por ello autorizo a la empresa patronal me retenga de mi salario las cuotas arriba descritas. En caso de renunciar o de ser retirado del servicio de la empresa patronal, autorizo a esta para que, con el valor de mi salario, prestaciones sociales, indemnización, bonificaciones y en general de mi liquidación definitiva se pague el saldo que a la fecha le adeude a FONEMCHM por este concepto. El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipladas, no nos exime de la responsabilidad de cancelarla(s).

Firmo en fé de lo anterior.

Firma. _____
C.C.

Informamos que en cumplimiento de la ley 1581 de 2012, ley de protección de datos personales y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, ha desarrollado una política de protección de datos personales la cual le garantiza la seguridad debida sobre los mismos y el ejercicio pleno de sus derechos, sin perjuicio de la facultad que usted tiene para ejercer en cualquier momento los derechos mencionados. De ésta manera autorizo a FONEMCHM a realizar la publicación en sus medios de comunicación información de datos, fotografías, entrevistas y demás referentes a las actividades realizadas con objeto de su razón social.

Calle 30 No 6B-25 Autopista Aeropuerto. Barranquilla-Colombia
e-mail: sufondo.fonemchm@gmail.com
Cel. 3108110812