

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA EMPLEADOS

Código: MP01-01 Versión: 02 Fecha de Vigencia: 01/08/2010



Construyendo futuro

## SEÑORES

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE RECURSOS HUMANOS  
INSTITUTO DE DESARROLLO URBANO  
CIUDAD

Bogotá, D. C.,

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Con la presente autorizo descontar de mi sueldo con destino al Fondo de Empleados del Instituto de Desarrollo Urbano -FOSOL- en calidad de trabajador del I.D.U. las obligaciones que adquiera con el fondo, hasta la cancelación de estas y el descuento de la cuota de ahorros permanentes y aportes así:

CUOTA DE AHORRO	
Cuota de ahorro (mínimo 5%, máximo 10% mensual)	<input type="text"/> %

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA	
Fecha de ingreso al IDU:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Cargo - Grado actual:	<input type="text"/>
Dependencia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/> Ext.: <input type="text"/>

DATOS PERSONALES	
Nombre y apellidos:	<input type="text"/> Sexo: <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Documento de identificación No.:	<input type="text"/> De: <input type="text"/> Fecha y lugar de expedición: <input type="text"/>
Fecha de nacimiento:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año Lugar de nacimiento: <input type="text"/>
Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otro. ¿Cuál? <input type="text"/> Cabeza de familia: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dirección de domicilio:	<input type="text"/> Barrio: <input type="text"/> Estrato: <input type="text"/>
Teléfono fijo:	<input type="text"/> Móvil: <input type="text"/>
Correo electrónico IDU:	<input type="text"/> Correo electrónico personal: <input type="text"/>
Estudios realizados:	Profesión: <input type="text"/> Técnico / Tecnológico: <input type="text"/>
Otros estudios:	<input type="text"/> Nombre cónyuge / compañero(a): <input type="text"/>
Número de veces afiliado al Fondo:	<input type="checkbox"/> Motivo del retiro: <input type="text"/>
Cuenta bancaria No.:	<input type="text"/> Corriente: <input type="checkbox"/> Ahorros: <input type="checkbox"/> Entidad: <input type="text"/>
Por su cargo o actividad, ¿maneja recursos públicos?:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Por su cargo o actividad, ¿ejerce algún grado de poder público?: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Por su cargo o actividad, ¿goza usted de reconocimiento público general?:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:	<input type="text"/>

RELACIÓN HIJOS MENORES DE EDAD				
No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO
		F	M	
		F	M	
		F	M	

BENEFICIARIOS							
Mediante resolución No. 02 de 2016, Artículo 02 de FOSOL se dispuso: "El ahorro permanente podrá ser entregado, en caso de muerte del asociado, a la(s) persona(s) designada(s) como beneficiaria(s) de estos por el mismo, sin juicios de sucesión, y hasta por la suma máxima que indiquen las leyes nacionales al respecto." Por consiguiente y con el fin de dar cumplimiento a dicha norma nos permitimos solicitar a usted diligenciar este formato.							
No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	%
			F	M			
			F	M			
			F	M			

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA EMPLEADOS

Código: MP01-01 Versión: 02 Fecha de Vigencia: 01/08/2010



Construyendo futuro

## INFORMACIÓN ECONÓMICA

Total activos \$:  Total pasivos \$:

## INGRESOS

Ingresos mensuales Laborales: \$

Otros ingresos: \$  Concepto:

## BIENES

**INMUEBLES:** CASA:  Dirección:  Ciudad:   
 APTO:  Dirección:  Ciudad:   
 LOTE:  Dirección:  Ciudad:   
 Otro, ¿Cuál?:  Dirección:  Ciudad:

**VEHÍCULO:** AUTOMÓVIL:  Marca:  Referencia:  Modelo:   
 Placas:  Póliza No.:  Aseguradora:   
 MOTO:  Marca:  Referencia:  Modelo:   
 Placas:  Póliza No.:  Aseguradora:

## ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?:  Sí  No ¿Cuál?:

## PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR

¿Posee productos extranjeros en el exterior?:  Sí  No ¿Posee cuentas en moneda extranjera?:  Sí  No

TIPO DE PRODUCTO	ID O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 1). ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio \_\_\_\_\_, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consagrado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de fondo y/o bienes. 1) Que los recursos de mi propiedad ( detalle, ocupación, oficio, actividad, negocio, etc) \_\_\_\_\_; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación de Asociado con el FONDO DE EMPLEADOS DEL IDU (en adelante FOSOL) no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a FOSOL para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a FOSOL de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con FOSOL en nombre propio a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga FOSOL.
- 2). TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a FOSOL, respecto al cual tengo la calidad de Asociado, para que con fines estadísticos de verificación o de reporte históricos, soliciten, procesen, conserve, consulte, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de banco de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que se comience mi relación con FOSOL.
- 3). TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a FOSOL de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrado. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FOSOL, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de Ahorro y Crédito, así como para fines administrativos, comerciales de publicidad y contactos frente a los titulares de los mismos y para remisión a las entidades fiscales y de control y vigilancia. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.
- 4). INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre los servicios, mis derechos y obligaciones.
- 5). DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que lo amerite.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C. No.

NOMBRE COMPLETO

HUELLA

\*ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA PENSIONADOS

Código: MP01-01 Versión: 02 Fecha de Vigencia: 01/08/2010

Señor pagador

Bogotá, D. C.,

Con la presente autorizo descontar de mi mesada pensional con destino al Fondo de Empleados del Instituto de Desarrollo Urbano -FOSOL- en calidad de pensionado del I.D.U., como también autorizo el descuento mensual de las obligaciones que adquiriera con el fondo hasta la cancelación de estas.

## CUOTA DE AHORRO

Cuota de ahorro (mínimo 5%, máximo 10% mensual)  %

## DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:  Sexo:  F  M

Documento de identificación No.:  De:  Fecha y lugar de expedición:

Fecha de nacimiento:    Lugar de nacimiento:

Estado civil: Soltero  Casado  Unión libre  Otro. ¿Cuál?  Cabeza de familia:  Si  No

Dirección de domicilio:  Barrio:  Estrato:

Teléfono fijo:  Móvil:

Correo electrónico IDU:  Correo electrónico personal:

Estudios realizados: Profesión:  Técnico / Tecnológico:

Otros estudios:  Nombre cónyuge / compañero(a):

Número de veces afiliado al Fondo:  Motivo del retiro:

Cuenta bancaria No.:  Corriente:  Ahorros:  Entidad:

Por su cargo o actividad, ¿maneja recursos públicos?:  Si  No Por su cargo o actividad, ¿ejerce algún grado de poder público?:  Si  No

Por su cargo o actividad, ¿goza usted de reconocimiento público general?:  Si  No

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

## RELACIÓN HIJOS MENORES DE EDAD

No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO
		F	M	
		F	M	
		F	M	

## BENEFICIARIOS

Mediante resolución No. 02 de 2016, Artículo 02 de FOSOL se dispuso: "El ahorro permanente podrá ser entregado, en caso de muerte del asociado, a la(s) persona(s) designada(s) como beneficiaria(s) de estos por el mismo, sin juicios de sucesión, y hasta por la suma máxima que indiquen las leyes nacionales al respecto.". Por consiguiente y con el fin de dar cumplimiento a dicha norma nos permitimos solicitar a usted diligenciar este formato.

No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	%
			F	M			
			F	M			
			F	M			



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN PARA PENSIONADOS

Código: MP01-01 Versión: 02 Fecha de Vigencia: 01/08/2010

INFORMACIÓN ECONÓMICA	
Total activos \$:	Total pasivos \$:

INGRESOS	
Ingresos mensuales Laborales:	\$
Otros ingresos:	\$
Concepto:	

BIENES			
<b>INMUEBLES:</b>	CASA: <input type="checkbox"/>	Dirección:	Ciudad:
	APTO: <input type="checkbox"/>	Dirección:	Ciudad:
	LOTE: <input type="checkbox"/>	Dirección:	Ciudad:
	Otro, ¿Cuál?:	Dirección:	Ciudad:
<b>VEHÍCULO:</b>	AUTOMÓVIL: <input type="checkbox"/>	Marca:	Referencia: Modelo:
	Placas:	Póliza No.:	Aseguradora:
	MOTO: <input type="checkbox"/>	Marca:	Referencia: Modelo:
	Placas:	Póliza No.:	Aseguradora:

ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES	
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?:

PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR							
¿Posee productos extranjeros en el exterior?:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Posee cuentas en moneda extranjera?:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TIPO DE PRODUCTO	ID O NÚMERO DEL PRODUCTO	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA	

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
<p>1). ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obrando en nombre propio _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consagrado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de fondo y/o bienes. 1) Que los recursos de mi propiedad ( detalle, ocupación, oficio, actividad, negocio, etc) _____; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación de Asociado con el FONDO DE EMPLEADOS DEL IDU (en adelante FOSOL) no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a FOSOL para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a FOSOL de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con FOSOL en nombre propio a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga FOSOL.</p> <p>2). TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS: Autorizo a FOSOL, respecto al cual tengo la calidad de Asociado, para que con fines estadísticos de verificación o de reporte históricos, soliciten, procesen, conserve, consulte, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de banco de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATA CREDITO y CIFIN, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que se comience mi relación con FOSOL.</p> <p>3). TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a FOSOL de manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, suprimir, procesar, compilar, dar tratamiento, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrado. Esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FOSOL, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de Ahorro y Crédito, así como para fines administrativos, comerciales de publicidad y contactos frente a los titulares de los mismos y para remisión a las entidades fiscales y de control y vigilancia. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.</p> <p>4). INFORMACIÓN RECIBIDA: Declaro que he indagado y he recibido la información sobre los servicios, mis derechos y obligaciones.</p> <p>5). DECLARACIÓN: Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que lo amerite.</p>	
En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma:	
FIRMA DEL ASOCIADO	C.C. No.
NOMBRE COMPLETO	HUELLA

\*ADJUNTAR FOTOCOPIA DE CÉDULA DE CIUDADANÍA