

FONDO DE EMPLEADOS PRAXAIR COLOMBIA
860.078.088-3



Fecha:

/ /

AFILIACIÓN

ACTUALIZACION

NOMBRE _____ **CC** _____ **C.E** _____ **No.** _____ **de** _____

FECHA DE EXPEDICION. _____ **PAIS:** _____

FECHA DE NACIMIENTO

día	mes	año	ciudad

EMPRESA _____ **SEDE DONDE LABORA:** _____

CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ **DIRECCION RESIDENCIA:** _____ **ESTRATO:** _____

CELULAR _____ **TELEFONO** _____ **EMAIL** _____

NIVEL EDUCATIVO: BACHILLER TECNICO TECNOLOGO PROFESIONAL POS-GRADO OTROS: _____

ESTADO CIVIL: _____ **MUJER CABEZA DE FAMILIA**

VALOR AHORRO PERMANENTE / ORDINARIO:

(Mínimo 1% de un SMLMV, máximo 7% de la asignación básica mensual) (Se distribuirá en 90% ahorro, 10% aportes sociales, según Artículo 16 del decreto Ley 1481 de 1989.)

\$ _____

\$ _____

VALOR AHORRO COMUN:

(3% de su asignación básica mensual)

TOTAL, AHORROS \$ _____

Los aportes y los ahorros quedarán afectados desde su origen a favor del fondo de empleados como garantía de las obligaciones que el asociado contraiga con éste, para lo cual el fondo podrá efectuar las respectivas compensaciones. Tales sumas son inembargables y no podrán ser gravadas ni transferidas a otros asociados o a terceros"

FORMA DE DESCUENTOS Mensual a partir de _____

INFORMACION BASICA FAMILIAR

NOMBRE	DOCUMENTO			FECHA NACIMIENTO			NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	GENERO
	CC	TI	RC	DD	MM	AÑO			

Autorizo expresamente y de manera irrevocable a la compañía para que descuente mensualmente las cuotas correspondientes al aporte del Fondo de Empleados en la forma arriba indicada.

Así mismo autorizo para que compense, una vez terminado mi contrato de trabajo, el saldo insoluto de préstamos, cuotas o sumas adeudadas a favor del Fondo de Empleados, con cualquier suma de dinero que me corresponda en mi liquidación final de prestaciones, salarios, indemnizaciones y demás acreencias laborales, de conformidad con lo dispuesto para tal evento en los artículos 59 No. 1 y 149 inc. del C.S.T. Adicionalmente me comprometo a que si por cualquier circunstancia la empresa no efectúa el anterior descuento, acercarme a la oficina del Fondo de Empleados para realizar la consignación de dicho aporte mensual.

AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL ASOCIADO PARA CONSULTA DE ENDEUDAMIENTO:

Autorizó expresamente y de manera irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS PRAXAIR COLOMBIA para que mis datos personales y comerciales ya sea como persona natural, sociedad y/o representante legal y/o socio, sean consultados en cualquier base de datos de deudores morosos y/o de información comercial que exista o pueda existir en el futuro. Igualmente los autorizó para que mis obligaciones comerciales, sean reportadas a la base de datos que el FONDO DE EMPLEADOS PRAXAIR COLOMBIA elija.

FIRMA



HUELLA

FORMATO COMPROMISO CURSO DE ECONOMIA SOLIDARIA

Objetivo:

- ✓ Dar seguimiento de acuerdo al Decreto Ley 1481/89, ley marco de los Fondos de Empleados, indica en su artículo 12, los deberes de los asociados, en el No. 1º, “Adquirir conocimientos sobre los objetivos, características y funcionamiento de los Fondos de Empleados en general y del fondo al que pertenecen en particular”. Lo que supone la obligación de capacitarse.
- ✓ Dotar a los Asociados de los conocimientos básicos necesarios para el buen desarrollo de sus roles dentro del Fondo de empleados y que les permita entender sus derechos y responsabilidades en la organización.
- ✓ Comprometer a través del siguiente formato al Asociado para realizar y culminar satisfactoriamente el curso de Economía Solidaria que el Fondo ofrece a través de una institución acredita por la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias.

COMPROMISO

El Fondo notificara el cronograma de la programación de los cursos, para lo cual una vez el asociado se inscriba tendrá un plazo máximo de 60 días para realizarlo

Yo _____, identificado con la Cedula de Ciudadanía No. _____ Quien a partir de la fecha realizo la afiliación al FONDO DE EMPLEADOS PRAXAIR COLOMBIA NIT: 860.078.088-3, me comprometo a realizar el Curso de Economía Solidaria con la entidad que me ofrece el Fondo de Empleados.

En caso de no realizar el curso, autorizo se me descuenta por nomina el valor de este de mi liquidación final de prestaciones, salarios, indemnizaciones y demás acreencias laborales, de conformidad con lo dispuesto para tal evento en los Art. 59 No 1 y 149 inc. del C.S.T. y el artículo 7 de la Ley 1527 de 2012

FIRMA

C.C. o C.E No. _____ de _____



FONDO DE EMPLEADOS PRAXAIR COLOMBIA
F.E. PRAXAIR NIT 860.078.088-3
PROTECCION DE DATOS PERSONALES – LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012.

Yo _____ C.C. _____ Actuando en nombre propio, en calidad de titular de la información; de manera libre, expresa, voluntaria e informando, autorizo al Fondo de Empleados Praxair Colombia o a la persona natural, jurídica a quien este encargue, a recolectar, almacenar, utilizar, circular, suprimir y en general, a realizar cualquier otro tratamiento a los datos personales por mí suministrados para todos aquellos aspectos inherentes a la presente afiliación y al cualquier otro relacionado con los objetivos y fines propios de esta asociación, lo que implica el uso de los datos en actividades de solidaridad, bienestar, mercadeo, créditos y de ser el caso cuando la actividad lo requiera, la transferencia de los mismos a un tercero, para el almacenamiento a nivel nacional o en el extranjero, bajo los parámetros de la ley 1581 de 2012, Decreto 886 de 2014 y demás normas vigentes en materia de protección de datos personales. En todo caso el Fondo de Empleados Praxair Colombia garantiza las condiciones de seguridad, privacidad y demás principios que impliquen el tratamiento de datos personales acorde con la legislación aplicable. Esta autorización se mantendrá por el tiempo de duración del vínculo de asociación y por el tiempo de conservación que le sean atribuibles atendiendo a la naturaleza jurídica del cual se deriven.

Autorización o consentimiento de publicación de imágenes: En mi calidad de Asociado, doy consentimiento como padre o tutor legal para poder publicar las imágenes en las cuales aparezcan individualmente o en grupo que se puedan realizar a los niños y niñas, mis familiares y mi propia persona, en las diferentes actividades de Bienestar e integración y/o fuera del mismo en competiciones o encuentros en las que participen y cuya imagen será fijada en una fotografía que utilizará y publicará el Fondo de Empleados Praxair Colombia. Autorizo el uso de derechos de imagen sobre fotografía o videos y procedimientos análogos a la fotografía, así como los patrimoniales de autor y derechos conexos, La presente autorización de uso se otorga a Fondo de Empleados Praxair Colombia, para ser utilizada en ediciones impresas y electrónicas, digitales, ópticas y en la Red Internet. Tal uso se realizará por parte de Fondo de Empleados Praxair Colombia, para efectos de su publicación de manera directa, o a través de un tercero que se designe para tal fin, siempre y cuando se proteja la integridad moral y las buenas costumbres de los que en ellas parezcan en ningún caso, supondrán una vulneración de los derechos al buen nombre, a la intimidad personal, familiar y a la propia imagen del niño o de la niña, tal y como lo recoge la ley de protección al menor y la Protección del Derecho a la Intimidad propia establecida en la Constitución y las leyes.

Hago constar que me fueron informados los siguientes derechos que me asisten como titular de la información:

1. Conocer, actualizar, rectificar mis datos personales frente a los responsables del tratamiento o encargados del tratamiento. Este derecho lo podré ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
2. Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
3. En caso de que yo lo requiera, de ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a mis datos personales.
4. Presentar ante la Súper Intendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a los dispuesto en la Ley 1581 de 2012, y demás normas que lo modifiquen y/o adicionen o complementen.
5. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando el tratamiento no se respeten los principios, mis derechos y mis garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Súper Intendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado ha incurrido en conductas contrarias a la Ley 1581 de 2012 y a la constitución.
6. Acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento.
7. En caso de ofrecimiento de nuevos servicios y productos, autorizo los canales (correo, dirección, teléfono) mediante los cuales el fondo me puede contactarme

Por último, fui informado que el responsable del tratamiento de mis datos como asociado y los canales de comunicación; donde se pueden ejercer los derechos determinados es el Fondo de Empleados Praxair Colombia Nit 860.078.088-3, con dirección principal: Parque Industrial Gran Sabana Lote M Unidad 62 – Tocancipa Cundinamarca. <http://www.fonpraxcolombia.com> Teléfono (1) 3607000 Ext. 1355, 1444. Celular 3173737468 y correo electrónico fonpraxcolombia@gmail.com Finalmente, autorizo de manera irrevocable, de acuerdo con la Ley 2300 del 10 de julio de 2023, "por medio de la cual se establecen medidas que protejan el derecho a la intimidad de los consumidores", en caso de que el fondo requiera contactarme será bajo los siguientes preceptos enmarcados en la norma; Los gestores de cobranza solo podrán establecer contacto con los asociados, dentro de una franja horaria de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 1:00 p. m. y autorizo que solo se podrán realizar un máximo dos llamadas semanales, independientemente si he proporcionado varios canales de contacto.

Fecha _____

Nombre del asociado: _____

C.C. _____

C.E. _____

Firma _____



HUELLA DIGITAL

AVISO DE PRIVACIDAD

El Fondo de Empleados Praxair Colombia – F.E Praxair Nit 860.078.088-3, informa a los titulares de datos personales objeto de tratamiento por parte de esta asociación, que las políticas de tratamiento de la información recolectada pueden ser consultadas a través del siguiente mecanismo que ponemos a su disposición:

Página web: <http://www.fonpraxcolombia.com.co>
o solicitarlas al los siguientes correos

Correo electrónico: fonpraxcolombia@gmail.com, gerenciafondoprax@hotmail.com, contacto@fonpraxcolombia.com.co, PBX: 3607000 Ext 144, 1355. Fax: 3607000 Ext 1355.

Dirección: Parque Industrial Gran sabana lote M Unidad 62 Tocancipa Cundinamarca. (Colombia)

Responsable; F.E. Praxair Colombia y su finalidad es; mejorar las condiciones económicas, sociales, culturales y morales, respaldando el desarrollo integral de los asociados.



FONDO DE EMPLEADOS PRAXAIR COLOMBIA - F.E. PRAXAIR
 FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO
 SISTEMA DE ADMINISTRACION DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS
 FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

Con la finalidad de cumplir con las obligaciones legales ya citadas y con fundamento en la facultad, otorgada en el numeral 228 del artículo 36 de la Ley 454 de 1998, la Superintendencia de Economía Solidaria instruyó a las entidades vigiladas entre ellos los Fondos de Empleados, sobre procedimientos que deben observar para la prevención y el control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo, tal como consta en el Título V de la Circular Básica Jurídica de 2020. La instrucción que actualmente registra la Circular Básica Jurídica está fundamentada en las medidas para la prevención de actividades delictivas a través del Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT). Por lo tanto se hace necesario el diligenciamiento del presente formulario con la información básica de cada asociado, la información financiera, o el vínculo que pueda tener con personas públicamente expuestas, las operaciones en moneda extranjera y finalmente el origen de fondos. Agradecemos la veracidad de la información y el diligenciamiento total del formulario.

Fecha de Diligenciamiento:
 Día: ___ Mes: ___ Año: 2024

Proposito:

Asociado Nuevo: _____ Actualización: _____

A. PERSONAS NATURALES - INFORMACION BASICA.

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Fecha de nacimiento: DIA ___ MES ___ AÑO ___
 Lugar de nacimiento: _____ Departamento: _____ País: _____
 Tipo de documento C.C. ___ C.E. ___ P.P. ___ PASAPORTE ___ No: _____
 Fecha de expedición del documento de identidad: DIA ___ MES ___ AÑO ___
 Dirección residencia: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ email: _____
 Nombre de la empresa: _____ Cargo: _____ Profesión: _____
 Dirección donde labora: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____
 Teléfono: _____ extensión: _____ Celular corporativo: _____ email: _____

B. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS -PEP

Definición: Persona Expuesta Públicamente (PEP); Son todas aquellas personas que; 1) Políticamente conforme el artículo 2 del Decreto 830 de 2021 (que modificó el artículo 2.1.4.2.3 del Decreto 1081 de 2015) y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adicione; así como, los PEP extranjeros y los PEP de organizaciones internacionales. al decreto 1674 de 2016, los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas, como Jefes de estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresa sociales, industriales y comerciales del estado y sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes en partidos políticos. 2) El representante legal de organizaciones internacionales y 3) Las personas que gozan de reconocimiento público. 4) Los vinculados: Las personas que tengan sociedad conyugal, de hecho o de derecho, con las personas públicamente expuestas, los familiares hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de las personas públicamente expuestas

En caso de que usted cumpla con lo señalado en el ítem anterior, por favor indique si es Persona Públicamente expuesta o tiene vínculo con alguien públicamente expuesto:

Vínculo o relación	Nombre	Tipo de Identificación	No. Identificación	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha de vinculación

Por su cargo maneja recursos públicos? SI: ___ NO: ___
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI: ___ NO: ___
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI: ___ NO: ___
 existe algún vínculo entre Usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI: ___ NO: ___

C. INFORMACION FINANCIERA (\$)

Descripción económica _____ CIU: _____

Ingresos mensuales: _____ Egresos mensuales: _____

Otros ingresos _____ Concepto de otros ingresos: _____

Total activos: _____ Total pasivos: _____ Total patrimonio: _____

D. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad, profesión u oficio es lícito y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y este documento es veraz y verificable y se comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo propio de las operaciones del Fondo de Empleados Praxair Colombia, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que poseo provienen de : _____

E. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera ? SI _____ NO _____

De ser afirmativo el ítem indique:
 Importaciones: _____ Exportaciones: _____ Inversiones: _____ Transferencias: _____ Otras: _____ Cual: _____

Posee cuentas en moneda extranjera?: SI: _____ NO: _____

Si la respuesta es correcta indique:

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

F. VERACIDAD Y AUTORIZACION

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al Fondo de Empleados Praxair Colombia para que la verifique

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información o que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

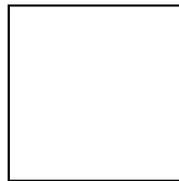
El Fondo de Empleados Praxair Colombia verificará, consultará y reportará la información a las centrales de riesgos, Unidad de información y análisis financieros (UIAF) y entidades gubernamentales, en cumplimiento a lo ordenado en el Título V de la Circular básica Jurídica de la Superintendencia de la Economía Solidaria.

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica, registrada.

Nombres: _____

Firma: _____

No. De documento: _____



HUELLA

G. ESPACIO PARA EL FONDO

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Funcionario que realiza entrevista

Firma del Funcionario que realiza entrevista

Fecha entrevista: DIA: ___ MES: ___ AÑO: ___

Fecha verificación información: DIA: ___ MES: ___ AÑO: ___