



FONDO DE EMPLEADOS COMFENALCO QUINDÍO

FODECOM - NIT: 890.003.013-9

Pág. 1/2

FORMATO DE AFILIACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Código de formato V-009

FECHA DE SOLICITUD: DD/MM/AAAA

Afiliación al Fondo

Actualización de Datos

Datos Personales

Nombre Completo: _____ No. Identificación:

CC Otra: _____ Fecha Expedición: DD/MM/AAAA Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA

Ciudad Nacto.: _____ Nacionalidad: _____ Dirección Actual: _____

Ciudad Residencia: _____ Celular: _____ Correo: _____

Pertenece al grupo: Mayores de 60 años _____ Persona con discapacidad física/mental/sensorial _____ Mujer cabeza de familia _____ Víctima del conflicto armado _____
 Persona en condición de pobreza extrema _____ Pueblos indígenas _____ Población diversa / LGBTQ+ _____ Población Afrocolombiana _____ ¿Otro?: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Unión Libre #Hijos Menores de Edad: _____

Cuenta de Ahorros: Si No No. Cuenta Ahorros: _____ Banco: _____

Vivienda: Propia Arrendada Familiar Rural: Urbana: Estrato: _____ Valor: \$ _____

Hipoteca: Si No Vehículo Propio: Si No Pignoración: Si No Valor: \$ _____

Placa: _____ Modelo: _____ Hipoteca/Pignoración a favor de la Entidad: _____

Total Activos: \$ _____ Total Pasivos: \$ _____ Total Patrimonio: \$ _____

Datos Laborales

Empresa donde Labora: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Departamento: _____ Ciudad: _____

Nivel Educativo: _____ Contrato: Fijo Indefinido Prestación de Servicios Horas

Cargo: _____ Sueldo Base: \$ _____ Otros Ingresos: Si No

Especif. Otros Ingresos: _____ : Valor \$ _____ Egresos Mes: \$ _____

Administro Recursos Públicos: Si No Soy una PEP (Persona Expuesta Políticamente): Si (adjunto formato PEP1) No

Descripción de Actividad Económica: _____ Código CIU: _____

Tengo Familiar(es) PEP (Persona Expuesta Políticamente): Si (adjunto formato PEP2) No

Datos Cónyuge/Compañero(a)

Nombre Completo: _____ No. Identificación:

CC Otra: _____ Lugar/Fecha de Nacimiento: _____ DD/MM/AAAA

Dirección: _____ Departamento: _____ Ciudad: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____ Correo: _____

Empresa donde Labora: _____ Teléfono Empresa: _____

Dirección Empresa: _____ Ciudad: _____

Nivel Educativo: _____ Contrato: Fijo Indefinido Prestación de Servicios Horas

Cargo: _____ Sueldo Base: \$ _____ Otros Ingresos: Si No

Especif. Otros Ingresos: _____ : Valor \$ _____ Es PEP: Si (adjunto formato PEP1) No

Referencias Personales

1 Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____ Ciudad: _____

2 Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____ Ciudad: _____

FIRMANDO ESTE DOCUMENTO CERTIFICO, Que la información suministrada es verídica y autorizo para que ser verificada. Que FODECOM podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999. Que estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio. Que autorizo a FODECOM para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas. Que declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. "declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas.



Firma

Huella



FONDO DE EMPLEADOS COMFENALCO QUINDÍO

FODECOM - NIT: 890.003.013-9

Pág. 2/2

Código de formato V-009

Habeas Data

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES POR PARTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO QUINDÍO – FODECOM: De conformidad con la ley 1581 de 2012, decreto 1377 de 2013 y decreto 886 de 2014, el Fondo de Empleados de Comfenalco Quindío se permite informar: Que, en su condición de fondo de empleados y organización solidaria, de derecho privado, sin ánimo de lucro, cuenta con bases de datos personales obtenida de la solicitud de afiliación o por actualización realizada por los titulares. Dicha información es tratada con la exclusiva finalidad de cumplir con nuestros objetivos sociales y la prevención sobre el Lavado de Activo y Financiamiento del Terrorismo – SARLAFT. En el ejercicio del objeto social: Elevar el nivel económico, social, educativo, comunicación y cultural de sus asociados, buscar en la medida de lo posible, solución a las necesidades, especialmente las de créditos, realizar programas y proyectos de desarrollo económico entre los asociados, fomentar el ahorro, colaborar con el fortalecimiento de los lazos de solidaridad y ayuda mutua y promover entre ellos el fomento a la educación y desarrollo corporativo; actividades que se deberán desarrollar de acuerdo con las normas aplicables a los fondos de empleados. Que, en virtud, y para los casos que se establezcan por las leyes de cobranza, doy autorización para continuar con las actividades de tratamiento de la información suministrada en este formulario. Que en los términos del decreto 1377 y la ley 2300 de 2023, autorizo a ser contactado por todos los canales de comunicación y entidades aliadas que tenga FODECOM para publicidad, eventos y/o notificarme en caso de incumplimiento con mis obligaciones con derecho a conocer, escoger, actualizar y rectificar mis datos personales y forma de contacto, de conformidad con la Constitución, las normas y las políticas de tratamiento de datos personales del FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO QUINDÍO, las cuales podré conocer en la oficina: Calle 21 No. 13 - 27 – Local 7, Plaza de Bolívar; Armenia (Quindío).

Autorización para entrega a Beneficiarios de los Valores a mi Favor en caso de Muerte

Yo _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, autorizo a FODECOM para que haga entrega de los valores que tengan a mi favor una vez se haga el cruce con las diferentes deudas, a los siguientes beneficiarios:

No. Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco	Teléfono	Porcentaje
1				
2				
3				
4				

Autorizaciones

Autorizo irrevocablemente a la empresa _____ a descontar mensualmente de mi salario mensual como compromiso económico permanente obligatorio mensual, el equivalente al _____ % señalado en la presente solicitud (el porcentaje debe ser máximo el 10% y mínimo el 3%), así como deducir sin restricción alguna por cualquier concepto de mi remuneración periódica y con la prelación sobre otros descuentos autorizados o permitidos por ley, las cuotas de obligaciones crediticias según los planes de amortización expedida, servicios, sanciones, daños, cláusulas, aceleratorias, cuentas de cobro a terceros y demás establecidos por el estatuto y demás reglamentos internos de FONDO DE EMPLEADO COMFENALCO QUINDÍO – FODECOM hasta la cancelación de todos. Que en caso de retiro de la empresa a la instancia correspondiente, autorizo a la empresa patronal, por medio del departamento de recursos humanos, o quien haga las veces de pagador, con prelación sobre otros descuentos permitidos por ley, deducir sin restricción alguna por cualquier concepto de deuda, sanciones, daños y cuentas de cobro a terceros, etc., la totalidad de mis prestaciones sociales legales, extralegales y subvenciones económicas a que tenga derecho, de acuerdo con el artículo 157 del Código sustantivo del trabajo, el total de los saldos de todas las obligaciones que resulte, incluyendo el mínimo vital a que tengo derecho para pagar o amortizar la deuda y a entregar una copia de la liquidación laboral a FODECOM. Por lo tanto, quedan PIGNORADAS éstas a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO QUINDÍO. El presente escrito presta mérito ejecutivo para que se haga exigible los valores anteriormente mencionados de las obligaciones vigentes. Por lo tanto, también autorizo expresamente para girar el valor total a nombre del FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO QUINDÍO–FODECOM, y demás autorizaciones que se deban otorgar para un buen y adecuado manejo de las funciones que se realizan como fondo de empleados.

Certificación y Declaraciones

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FODECOM para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente mi información y la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Faculto a FODECOM para que consulte y reporte información a las Centrales de Riesgo y/o Listas Vinculantes/Restrictivas. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal lícita. Autorizo irrevocablemente a la empresa, por medio del respectivo Departamento de recursos humanos o a _____ quien hace las veces para suministrar la información personal que reposa en la documentación física o sabe de datos en concordancia lo dispuesto en la ley 1266 de 2008, con los propósitos de actualizar o complementar la información requerida para diligenciar el presente formato de vinculación y cumplir mis funciones estatutarias y reglamentarias, como son remuneración laboral, la cuenta bancaria de nómina, las referencias personales vigentes, así como para los casos correspondientes a procesos de cobro de cartera a favor de FODECOM. E-mail: comunicaciones@fondofodecom.com - Página web: www.fondofodecom.com - Dirección: Calle 21 No. 13 - 27, Centro Local 7, Plaza de Bolívar; Armenia (Quindío). - Teléfono: (6) 731 74 28 - Celular: (+57) 320 788 71 54.

Eximo a FODECOM de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa y/o inexacta que hubiese proporcionado en este documento.

Observaciones: _____

¿Medio por el que se enteró de FODECOM?: /Visita Asesor: /Referido: /Oficina: /Eventos: /Redes Sociales: /Publicidad/Tótem: /Volante: /Otro ¿Cuál?: _____

Fecha de Revisión y Verificación de Información: ____ / ____ / ____

Entrevistador FODECOM: _____

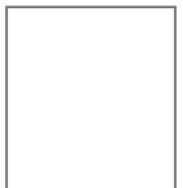
c.c.

Firma y Cédula Responsable Entrevistador Verificación de la Información FODECOM

ANEXO(S)

- Fotocopia documento de identidad
- Constancias/Certificado de Ingresos
- Otros Documentos ¿Cuáles?: _____

Firma



Huella

No. Identificación: _____