FONDO DE EMPLEADOS COMFENALCO QUINDÍO
NIT: 890.003.013 - 9

FONDO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

FECHA DE SOLICITUD: DD /MM /AAAA ❑ **Afiliación al Fondo** ❑ **Actualización de Datos**

Datos Personales

Nombre Completo:_____ **N°Identificación:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ CC ❑ Otra: _____ **Fecha Exp. CC:** DD /MM /AAAA **Lugar/Fecha Nacimto.:**_____ DD /MM /AAAA

Dirección: _____ **Ciudad:**_____

Teléfono Fijo:_____ **Celular:**_____ **Correo:**_____

Estado Civil: ❑ Soltero(a) ❑ Casado(a) ❑ Separado(a) ❑ Viudo(a) ❑ Unión Libre **Número de Hijos:** _____

Cuenta de Ahorros: ❑ Si ❑ No **Número de la Cuenta:**_____ **Banco:**_____

Vivienda: ❑ Propia ❑ Arrendada ❑ Familiar **Hipoteca:** ❑ Si ❑ No **Valor $**_____ Estrato:____

Vehículo Propio: ❑ Si ❑ No **Marca:** _____ **Pignoración:** ❑ Si ❑ No **Valor $**_____

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

Datos Laborales

Empresa donde Labora: _____ **Teléfono:**_____

Dirección:_____ **Ciudad:**_____

Profesión: _____ **Contrato:** ❑ Fijo ❑ Indefinido ❑ Prestación de Servicios ❑ Horas

Cargo:_____ **Sueldo: $**_____ **Otros Ingresos:** ❑ Si ❑ No

Especifique los Otros Ingresos:_____

Egresos Mensuales: $_____ **Administra Recursos Públicos:** ❑ Si ❑ No

Datos Cónyuge/Compañero(a)

Nombre Completo:_____ **N°Identificación:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Dirección: _____ **Ciudad:**_____

Teléfono Fijo:_____ **Celular:**_____ **Correo:**_____

Empresa donde Labora: _____ **Teléfono Empresa:**_____

Dirección Empresa:_____ **Ciudad:**_____

Profesión: _____ **Contrato:** ❑ Fijo ❑ Indefinido ❑ Prestación de Servicios ❑ Horas

Cargo:_____ **Sueldo: $**_____ **Otros Ingresos:** ❑ Si ❑ No

Especifique los Otros Ingresos:_____

Administra Recursos Públicos: ❑ Si ❑ No

Referencias Personales

1 **Nombre:**_____ **Dirección:** _____

Teléfono:_____ **Parentesco:**_____

2 **Nombre:** _____ **Dirección:** _____

Teléfono:_____ **Parentesco:**_____

Operaciones en Moneda Extranjera

Realiza operaciones en moneda extranjera: ❑ Si ❑ No **Cuáles:**_____

Posee cuentas en moneda extranjera: ❑ Si ❑ No **Número de la Cuenta:**_____

País:_____ **Moneda:**_____ **Banco:**_____

❑ Declaro que **NO** realizo transacciones en moneda extranjera y de constancia firmo este documento:

_____

Firma

Huella

FONDO DE EMPLEADOS COMFENALCO QUINDÍO
NIT: 890.003.013 - 9

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 y decreto de 1377 de 2013, 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 obtenidos de la solicitud de afiliación o por actualización realizada por los titulares. Dicha información es tratada con la exclusiva finalidad de cumplir con su objeto social de conformidad con la ley, y en el ejercicio de su objeto social: Elevar el nivel económico, social, educativo y cultural de sus asociados, buscar en la medida de lo posible, solución a sus necesidades, especialmente la de crédito, realizar programas y proyectos de desarrollo económico entre sus asociados fomentar el ahorro y 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 establecidos por la ley, requiere contar con su autorización para continuar con la actividad de tratamiento de la información por usted suministrada. Que en los términos del decreto 1377, dicha autorización se entenderá prestada con la firma del presente documento. Que dicha autorización se entenderá sin perjuicio de que en cualquier momento el titular de los datos pueda ejercer sus derechos a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, de conformidad con la Constitución, la ley, y las políticas de tratamiento de datos personales del FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO QUINDÍO. Que la mencionada política de tratamiento de datos personales la podrá conocer en la oficina del fondo ubicada en la Carrera 13 # 15 - 36 Edificio AZUL, Oficina 301.

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

Yo _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía N°_____ 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 mis siguientes beneficiarios:

	N°Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco	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 quién se 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.

AUTORIZO AFILIACIÓN A PLAN: ❑ OLIVOS ❑ SEGURO DE VIDA COLECTIVO ❑ HUMANIZAR ❑ CONTACTO MÉDICO ❑ EMI ❑ SURA ❑ SENTIR HUMANO ❑ OTRO: _____

Certificación

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FODECOM para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Autorizo a FODECOM para que consulte y reporte información a las Centrales de Riesgo. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Autorizo irrevocablemente a la empresa, por medio del respectivo Departamento de recursos humanos o a _____ quién haga 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: fondofodecom@gmail.com - **Página web:** www.fondofodecom.com - **Dirección:** Cr. 13 # 15-36 Edf. AZUL, Of. 301 - **Teléfono:** 734 5171 - **Celular:** 320 7887154

_____

Firma

Huella

N°Identificación:_____