

A. APOORTE Y COMPROMISO

Solicito ingreso como Asociado al FECEV acogiéndome a los Estatutos que le rigen y a las Reglamentaciones que se dicten. En caso de resultar aprobada esta solicitud, me comprometo a responder oportunamente por las obligaciones que haya contraído con el FECEV y los autorizo para ordenar la retención de mis PRESTACIONES SOCIALES, APOORTE Y AHORRO. Autorizo también a la Empresa con la cual me encuentro vinculado laboralmente, deducir de mi salario mensual el valor correspondiente al aporte como Asociado, que será destinado como APOORTE SOCIAL y AHORRO PERMANENTE y el cual relaciono a continuación:

VALOR DEDUCCIÓN	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal	A PARTIR DE	Día	Mes	Año
-----------------	---	-------------	-----	-----	-----

B. DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____		No. DE IDENTIFICACIÓN		GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____			LUGAR DE NACIMIENTO Ciudad: _____ Depto: _____		Fecha de Expedición		Lugar de Expedición		
NIVEL DE ESCOLARIDAD Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Postdoctorado <input type="checkbox"/>			PROFESIÓN		ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>				
DIRECCIÓN RESIDENCIA		BARRIO		ESTRATO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		CIUDAD RESIDENCIA: _____		VIVIENDA Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	
No. TELÉFONO		No. CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO		VEHÍCULO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PLACA _____ MODELO _____	

C. INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA		ÁREA		No. TELÉFONO (S) DONDE LABORA	
DIRECCIÓN DONDE LABORA		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
CARGO		INGRESOS \$		ACTIVIDAD ECONÓMICA	
CÓDIGO CIU		TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA DÍA _____ MES _____ AÑO _____	

D. REFERENCIAS FAMILIARES QUE NO VIVAN CON USTED

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD

E. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES DERIVADOS DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL	<input type="text"/>
Ingresos por (SOSERGN) SORTO	<input type="text"/>
EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS	<input type="text"/>
TOTAL PASIVOS	<input type="text"/>

F. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera. NO SI Cuáles _____

Posee cuentas en moneda extranjera NO SI Número de cuenta _____

Banco: _____ Moneda: _____

Ciudad: _____ País: _____

Declaro que no realizo operaciones en moneda extranjera

Firma: _____

Huella

Documentos que adjunta la solicitud: Copia del documento de identificación Libranza No. _____ Constancia de Ingresos: (Carta laboral, copia contrato, desprendibles de nómina). Declaración de Renta última periodo gravable

Certifico que NO SI poseo servicio funerario con:

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al FECEV para que la verifique

	Huella
FIRMA DEL ASOCIADO	
CC. No. _____	

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL FECEV

ENTREVISTÓ:	
NOMBRE	_____
C.C.	_____
FECHA	HORA _____
FIRMA	_____

VERIFICACIÓN DE DATOS:

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO REFERENCIAS

OBSERVACIONES DE REFERENCIAS _____

EFFECTUADO POR: _____

FECHA: _____ HORA _____

INGRESO ASOCIADO Funcionario: _____ Fecha: _____	PÓLIZA HOGAR Funcionario: _____ Fecha: _____	SERVICIO FUNERARIO Funcionario: _____ Fecha: _____	INGRESO CUOTAS Funcionario: _____ Fecha: _____
--	--	--	--

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando de manera voluntaria me permito realizar la siguiente declaración de origen de fondos y bienes, con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular externa 006 de 2014, expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas legales para el control de lavado de activos vigentes en Colombia El Origen de Fondos o los recursos y los bienes y servicios que se ofertarán provienen directamente de: _____, Declaro que esta fuente de fondos en ningún caso involucra actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y por lo tanto no he prestado mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a nombre mío. La información aquí suministrada corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación contractual con FECVo con quien represente sus derechos.

Autorizo a FECV a cancelar cualquier contrato o producto que mantenga, en el caso de comprobarse cualquier infracción de las normas legales tendientes al control de lavado de activos de acuerdo con la legislación colombiana vigente, o que se llegare a expedir y, eximo a FECV de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. Declaro que he sido informado de la obligación que tengo de actualizar mi información por lo menos una vez al año.

Persona públicamente expuesta (maneja recursos públicos o detentan algún grado de poder) SI ____ NO ____

Persona que goza de reconocimiento público (persona famosa) SI ____ NO ____

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO: Autorizo con mi firma como titular de la información al FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO VALLE o a la entidad que como acreedor delegue para representarlo o su cesionario, endosatario o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor a realizar consulta y reporte en centrales de riesgo de mi comportamiento crediticio, financiero y comercial en las entidades legalmente constituidas tales como: (OPERADORES, centrales de riesgo.)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, con mi firma autorizo como Titular de mis datos personales, para que éstos, incluidos los sensibles (huella digital), sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO VALLE para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y referencias, fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, gestión de asociados, encuestas de opinión, gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, marketing, prospección comercial, publicidad propia, segmentación de mercados, estudios de crédito, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de datos con terceros como aliados comerciales, compañías de seguro, cajas de compensación, empleador del solicitante y terceros que presten servicios de cobranza; así como, autorizo que mis datos biométricos como la huella digital sean utilizados para la verificación de identidad. De igual manera, declaro que cuento con la autorización de los terceros registrados (referencias familiares, compañero permanente, cónyuge y/o personas a cargo) para brindar sus datos al FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO VALLE para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de asociados, mantener, controlar y desarrollar la relación, verificación de datos y referencias. En caso de aplicar, autorizo como representante legal de los menores de edad registrados para que sus datos personales sean incorporados a una base de datos del FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO VALLE para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de asociados, mantener, controlar y desarrollar la relación, verificación de datos y referencias, garantizando el interés superior del menor de edad. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE COMFENALCO VALLE a la dirección de correo electrónico fondo_empleados@comfencovalle.com.co indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Calle 6 No. 6 - 63, Cali, Valle del Cauca.

FIRMA

Nombre: _____

Identificación: _____

Fecha: _____