

SOLICITUD DE AUXILIO SOLIDARIDAD Y CALAMIDAD
FECV-FR-GAB-014
CONSIGNACIÓN
A. DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	CÉDULA DE CIUDADANÍA No. CÓDIGO	
ÁREA O DEPENDENCIA	EXTENSIÓN (ES)	INGRESOS \$

B. SOLICITUD DE AUXILIO

VALOR SOLICITADO (LETRAS)	NÚMEROS \$
BENEFICIARIO DIRECTO DEL AUXILIO	
CONCEPTO MOTIVO DE LA SOLICITUD	
DOCUMENTOS ANEXOS	

C. CONCEPTO (PARA USO EXCLUSIVO DEL CÓMITE DE SOLIDARIDAD DEL FECV)

MIEMBROS DEL COMITÉ	FECHA DE TRÁMITE			APROBACIÓN		FIRMAS
	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	

LIQUIDACIÓN AUXILIO	
VALOR APROBADO DEL AUXILIO \$	FORMA DE ENTREGA DEL AUXILIO
OBSERVACIONES COMITÉ	

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 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, gestión de estadísticas internas, 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, gestión de asociados, mantener, controlar y desarrollar la relación comercial, envío de comunicaciones a través de los medios registrados y estudio y otorgamiento de auxilios de bienestar y solidaridad, transmisión y/o transferencia nacional e internacional de datos con terceros como aliados comerciales. 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, estudio y otorgamiento de auxilios de bienestar y solidaridad. 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, estudio y otorgamiento de auxilios de bienestar y solidaridad 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@comfenalcovalle.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.

AUTORIZACIÓN

Autorizo al FECV para que verifique la veracidad de la presente solicitud y de los documentos anexos arriba relacionados. Declaro que estoy completamente informado(a) sobre todos los requisitos inherentes al auxilio que solicito y me acojo a ellos, aceptando en todas sus partes lo establecido en los reglamentos vigentes del FECV.

**FIRMA DEL ASOCIADO
C.C.**
RECIBIDO