



# 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-008

FECHA DE SOLICITUD: DD/MM/AAAA

 Afiliación al Fondo Actualización de Datos

#### Datos Personales

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ No. Identificación:  CC  Otra: \_\_\_\_\_ Fecha Exp.: DD/MM/AAAA Lugar Exp.: \_\_\_\_\_ Fecha Nacto.: DD/MM/AAAA

Ciudad Nacto.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Ciudad Residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

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 Hipoteca:  Si  No Valor: \$ \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_Vehículo Propio:  Si  No Marca: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Contrato:  Fijo  Indefinido  Prestación de Servicios  HorasCargo: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Contrato:  Fijo  Indefinido  Prestación de Servicios  HorasCargo: \_\_\_\_\_ Sueldo Base: \$ \_\_\_\_\_ Otros Ingresos:  Si  NoEspecif. Otros Ingresos: \_\_\_\_\_ : Valor \$ \_\_\_\_\_ Es PEP:  Si (adjunto formato PEP1)  No

#### Referencias Personales

1 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

2 Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

#### Operaciones en Moneda Extranjera

Realiza operaciones en moneda extranjera:  Si  No Cuáles: \_\_\_\_\_Posee cuentas en moneda extranjera:  Si  No Número de la Cuenta: \_\_\_\_\_

País y Ciudad: \_\_\_\_\_ Moneda: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_

 Declaro que NO realizo transacciones en moneda extranjera y de constancia igualmente se firma esta parte del documento:

Firma

Huella

\*La Organización 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.



# FONDO DE EMPLEADOS COMFENALCO QUINDÍO

## FODECOM - NIT: 890.003.013-9

Pág. 2/2

Código de formato V-008

### 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 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 - FODECOM. Demás autorizaciones que se deban otorgar para un buen y adecuado manejo de las funciones que se realizan como fondo de empleados.

**AUTORIZO AFILIACIÓN A PLAN:**  LOS OLIVOS  SEGURO DE VIDA COLECTIVO  CLARO MÓVIL  CONTACTO MÉDICO  SURA  
 SENTIR HUMANO  EMI  OTRO(S): \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ quién 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.

**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: \_\_\_\_\_