

	FORMATOS / PROCESO: GESTIÓN CON LOS ASOCIADOS	Fecha: 18/06/2024
	<b>FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN DE ASOCIADOS</b>	
	Versión: 016	
Página: 1 - 2		

FECHA DE LA SOLICITUD			Nombre del funcionario que atiende			<b>AFILIACIÓN</b> <input type="checkbox"/> <b>ACTUALIZACIÓN</b> <input type="checkbox"/>	
DD	MM	AAAA					

I. INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO							
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Identificación			Lugar de expedición de la identificación		Fecha de expedición DD / MM / AA		
Fecha de nacimiento DD / MM / AA	Lugar de nacimiento	Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	Estado civil	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	
				Soltero <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	
Dirección de la residencia				Teléfono fijo		Teléfono celular	
Correo electrónico personal <i>Autorizo este correo para notificaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>				Dirección del lugar de trabajo			
Correo corporativo <i>Autorizo este correo para notificaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></i>				Teléfono lugar de trabajo		Extensión	

II. INFORMACIÓN NÚCLEO FAMILIAR Y BENEFICIARIOS							
Identificación	Nombres y apellidos		Parentesco	Depende económicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	
Nivel de escolaridad			Actividad Económica u Oficio		Desea incluirlo como beneficiario en la Póliza Exequal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Identificación	Nombres y apellidos		Parentesco	Depende económicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	
Nivel de escolaridad			Actividad Económica u Oficio		Desea incluirlo como beneficiario en la Póliza Exequal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Identificación	Nombres y apellidos		Parentesco	Depende económicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	
Nivel de escolaridad			Actividad Económica u Oficio		Desea incluirlo como beneficiario en la Póliza Exequal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Identificación	Nombres y apellidos		Parentesco	Depende económicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	
Nivel de escolaridad			Actividad Económica u Oficio		Desea incluirlo como beneficiario en la Póliza Exequal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Identificación	Nombres y apellidos		Parentesco	Depende económicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	
Nivel de escolaridad			Actividad Económica u Oficio:		Desea incluirlo como beneficiario en la Póliza Exequal: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

*\*Si desea incluir un beneficiario adicional, favor anexarlo a esta solicitud con los datos aquí establecidos.*

III. INFORMACIÓN BANCARIA				
Entidad Bancaria		Número de la cuenta		Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Entidad Bancaria	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	País	

IV. INFORMACIÓN SOCIOECONOMICA							
Nivel de estudios	Primaria <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>	Estrato social	Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		
	Secundaria <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Postgrado <input type="checkbox"/>				
Profesión u oficio		Mujer cabeza de familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		Salario / Ingresos (mensuales)		Egresos (mensuales)	
Activos		Pasivos		Otros Ingresos		Concepto de los otros Ingresos	

V. REFERENCIAS Y CONTACTOS					
FAMILIAR	Nombres y apellidos		Dirección	Ciudad	Teléfono / Celular
PERSONAL	Nombres y apellidos		Dirección	Ciudad	Teléfono / Celular

## VI. INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa:			Tipo de contrato
Fecha de ingreso DD / MM / AA			Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>
Vencimiento del contrato DD / MM / AA	# Contrato		Cargo
Dependencia			Jornada
			Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>

**GRUPO EXEQUIAL AL CUAL DESEA AFILIARSE**

Los Olivos     Lorduy     NA

### AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Como asociado al Fondo de Empleados Comfenalco Cartagena, manifiesto que conozco los estatutos y el portafolio de servicios y acepto todas las decisiones tomadas por la Asamblea (máxima autoridad) de Foncomfenalco y autorizo a la empresa mencionada anteriormente a descontar de mi nomina dos (2) días del salario mínimo legal vigente (SMLV) en la fecha de admisión a FONCOMFENALCO (Numeral 4º - Art. 13 Estatutos), por concepto de cuota de donación por única vez; y el \_\_\_\_\_% de mi salario básico como cuota mensual de aportes sociales y ahorros permanentes (**Nota:** Mínimo 3% - Máximo 10%).

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente, autorizo para que los datos de carácter personal que se obtengan de esta solicitud o mediante la prestación de servicios relacionados con FONCOMFENALCO, sean recogidos en una base de datos con la finalidad de: a) Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, actividades de bienestar, estudios, concursos, para facilitar el acceso general a la información de éstos; b) Proveer nuestros servicios; c) Informar sobre nuevos servicios dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes, proveedores, y empleados; d) Informar sobre cambios de nuestros servicios; e) Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. Igualmente, tengo presente que en cualquier momento puedo acceder a los datos suministrados, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo una comunicación escrita a Foncomfenalco indicando los siguientes datos: nombre y apellidos, domicilio a efectos de notificaciones, petición en que se concreta la solicitud, fecha, firma de la persona interesada o a través del Sitio Web de FONCOMFENALCO en [www.foncomfenalco.com](http://www.foncomfenalco.com). Autorizo de igual forma, a recibir por parte de Foncomfenalco, notificaciones mediante los correos electrónicos registrados en esta solicitud.

### CONTRATO DE MANDATO

Confiero al Fondo De Empleados Comfenalco (MANDATARIO), para que en mi nombre, ejecute los actos de comercio que se definen a continuación: Primero; Foncomfenalco, se obligará a adquirir directamente y a su nombre, para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos, bienes y servicios que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar, siempre que desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular. Segundo; se obliga a entregarme una orden de compra debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requerido. Para que esta orden sea válida debo certificar mi calidad de Asociado, realizar su previo estudio de crédito adjuntando mis dos últimos desprendibles de pago y por último, cumplir con los pagos establecidos. Podré, cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas con EL MANDATARIO, y siempre atendiendo aquellas que considere más favorables para sí.

### AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA - REPORTE EN LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a Foncomfenalco, o quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente e Irrevocable, para con fines estadísticos y de información interbancaria o comercial, informe, reporte, procese o divulgue, a las Centrales de Información y Riesgo, en especial a la CIFIN, que administra la Asociación Bancaria, todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general, y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Financiero, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorgasen en el futuro. Igualmente autorizo a Foncomfenalco, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, con carácter permanente e irrevocable, para consultar ante la asociación Bancaria o frente a cualquier otra Central de Información, mi endeudamiento, la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo. Lo anterior implica que la información reportada, permanecerá en la base de datos durante el tiempo que la misma ley establezca, de acuerdo con el momento y las mismas condiciones en las que se efectúe el pago de las obligaciones. Con la presente solicitud de vinculación, se recauda información general del cliente para efectos de una posible vinculación del cliente a otras entidades del Grupo Financiero o para la posible vinculación de otros productos o servicios.

### ACEPTACIÓN DE LA AFILIACIÓN

Con mi firma certifico que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y pueden ser verificados, que conozco los estatutos, deberes y derechos como asociado.

Nombre del Asociado (a) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

Huella

**NOTA:** Verifique que todos los espacios estén diligenciados y se encuentren anexados los documentos soportes.

### APROBACIÓN DE LA AFILIACIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

DD / MM / AA

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

DD / MM / AA

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

DD / MM / AA

**NOTA:** No olvide colocar su firma y la fecha de autorización al momento del aprobar.