



SOLICITUD DE INGRESO
 ACTUALIZAR DATOS

FECHA		
DD	MM	AAAA

DATOS PERSONALES

Nombres		Apellidos			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tipo de Identidad: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS		No. Identificación		Fecha de Expedición		DD MM AAAA
Fecha y lugar de Nacimiento		DD	MM	AAAA	Departamento	Municipio
Departamento		Municipio		Barrio	Estrato	Tel: Cel:
Tipo de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Otra _____		E-mail		Nombre empresa		
Tipo de Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>		Cargo		Fecha de inicio de contrato		DD MM AAAA
Salario Básico: \$		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre				
Nivel de Estudios: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Otro						

PEPS

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI	NO	¿Tiene usted un familiar que goza de reconocimiento público?	SI	NO
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?	SI	NO	¿Tiene usted un familiar que maneja recursos públicos?	SI	NO
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO			

Si alguna de las repuestas anteriores son afirmativas, por favor especifique:
 Parentesco _____ Nombre de la entidad en la cual trabaja _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Banco _____	No. Cuenta _____	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente
Otros ingresos mensuales \$	Obligaciones financieras \$	
Total ingresos mensuales \$	Otros egresos mensuales \$	
Total Activos \$	Total egresos mensuales \$	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	MM AAAA	Total Pasivos \$
		¿Es declarante? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO ¿Cuáles? _____

¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO

No. Cuenta _____ Moneda _____

Banco _____

País _____ Ciudad _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

FIRMA ASOCIADO HUELLA

PERSONAS A CARGO

Sexo	Nombres y Apellidos	No. Documento	Fecha Nacimiento	Parentesco	Ocupación
F M			DD MM AAAA		
F M			DD MM AAAA		
F M			DD MM AAAA		
F M			DD MM AAAA		

DATOS DEL CÓNYUGUE

Sexo	Nombres y Apellidos	No. Documento	Fecha Nacimiento	Actividad Económica	Teléfono
F M			DD MM AAAA		

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos	Parentesco	Documento	%	Fecha Nacimiento
				DD MM AAAA
				DD MM AAAA
				DD MM AAAA

REFERENCIAS QUE NO VIVAN CON USTED

Nombre	Parentesco	Tel. Fijo	Celular

INFORMACIÓN MENSUAL DE AHORROS

Ahorro permanente	Ahorro Navideño	Ahorro Programado
\$	\$	\$

AUTORIZACIONES

Autorizo retener del salario que devengo y entregar al **FONDO DE EMPLEADOS "FEMCO"** en su domicilio principal, la cantidad de cuotas periódicas según el plan de pagos aprobado, hasta completar el monto del préstamo. La primera cuota deberá ser descontada del salario correspondiente al siguiente periodo de pago de la nómina y así sucesivamente los meses siguientes hasta completar las cuotas.

En el evento en que incurra en mora autorizo también la retención y entrega a **FEMCO** hasta por el valor de la misma. Autorizo igualmente entregar a **FEMCO** el valor de las cuotas que deban pagarse durante el tiempo que permanezca en vacaciones, licencias e incapacidades, descontando del monto que esté a mi favor antes de comenzar a disfrutarlas. Así mismo, autorizo entregar a **FEMCO** para que abone el saldo de mi obligación con **FEMCO**, la totalidad de las prestaciones sociales que me corresponden como empleado de dicha entidad en cualquiera de los siguientes eventos: **a)** En caso de mi muerte; **b)** En caso de mi retiro de esta empresa. Igualmente, facultamos de manera expresa a **FEMCO** para que solicite y reciba de parte del fondo administrador de cesantías el producto de los ahorros que por concepto de cesantías poseo en dicho fondo.

En caso que la empresa por cualquier motivo no realice el descuento por nómina y por consiguiente no pueda pagar las cuotas, Nos Comprometemos a cancelar, personalmente en las oficinas de **FEMCO** las cuotas correspondientes dentro del plazo previsto; si esto no se cumple y el crédito presenta mora, **FEMCO** queda autorizado para realizar el descuento al deudor solidario.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO: Autorizo al Fondo de Empleados **FEMCO** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor, a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información del sector financiero (CIFIN) que maneja la Asociación Bancaria y Entidades Financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

AUTORIZACIÓN EXPRESA CON TRANSFERENCIA DE DATOS: De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "**Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales**", y con el Decreto 1377 de 2013, "**Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012**", autorizo, como titular de mis datos personales, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **FEMCO**, los cuales serán tratados con la finalidad de realizar publicidad, informar sobre novedades de nuestros productos y servicios ofrecidos, informar sobre actividades de mercadeo, eventos, promociones de nuestros proveedores o cualquier otra actividad complementaria inherente al desarrollo legítimo de nuestro objeto social. Por tanto, le haremos llegar información a través de su correo electrónico, mensajes de texto o a la dirección suministrada en el presente formulario. De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea dar información relacionada con el Fondo de empleados, con la finalidad específica de servicios a través de Femco.

Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a **FEMCO** a la dirección de correo electrónico oficial.cumplimiento@femco.co, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección carrera 43A N° 19A 87 Oficina 219 - 220 de la ciudad de Medellín.

Autorizo el tratamiento de mis datos personales de conformidad con la finalidad establecida en este formulario SI NO

FIRMA DEL ASOCIADO

CEDULA DEL ASOCIADO

HUELLA

INFORMACIÓN DE USO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Lugar:	Fecha	DD	MM	AAAA
Observaciones:				
Nombre y firma del asesor que realizó la entrevista		Nombre y firma del asesor que realizó la validación		
_____ Nombre	_____ Firma	_____ Nombre	_____ Firma	