

## DATOS BÁSICOS DEL CANDIDATO

Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		Nombres:		Apellidos:	
Dirección de Domicilio:		Ciudad y Depto. de Domicilio:		Email:	
Celular:		Fecha de ingreso al fondo:		Antigüedad como asociado:	

¿Ha sido sancionado por FODEOCCI, en el año anterior a esta inscripción?:  Si  No

## REQUISITOS PARA POSTULACIÓN DE CANDIDATOS

- Diligenciar este formato de postulación.
- Adjuntar fotocopia de la cedula 150%.
- Adjuntar fotografía tipo documento fondo blanco.

### Enviarlo a uno de los siguientes medios:

- Correo electrónico: gerencia@fodeocci.com.co o ktorres@fodeocci.com.co
- Correo certificado: Dirección: Calle 34N No. 2bis – 100
- Radicación en oficina principal: Calle 34N No. 2bis – 100

En caso de ser seleccionado como delegado, se le notificará oportunamente.

## AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No \_\_\_\_\_, en mi calidad de asociado(a) del Fondo de Empleados de Seguridad de Occidente (FODEOCCI), de manera libre, voluntaria, expresa e informada, autorizo a FODEOCCI para que, en cumplimiento de las disposiciones legales aplicables, realice el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con las siguientes finalidades:

1. Verificar mi cumplimiento de los requisitos establecidos para participar como candidato a delegado.
2. Gestionar los procesos relacionados con mi postulación, elección y desempeño como delegado en caso de ser elegido(a).
3. Comunicarme información relevante sobre el proceso de elecciones y otros aspectos relacionados con mis derechos y deberes como asociado(a).
4. Cumplir con las obligaciones legales y estatutarias del Fondo.

Declaro que he sido informado(a) sobre los derechos que me asisten como titular de los datos personales, en especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos, así como a revocar esta autorización, en los términos establecidos por la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Autorizo a FODEOCCI para almacenar, procesar, consultar y, cuando sea necesario, compartir mis datos con terceros encargados del tratamiento, siempre que dichas acciones se realicen en el marco de las finalidades indicadas y cumpliendo con los principios de confidencialidad, seguridad y protección de la información.

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR INFORMACIÓN EN CENTRALES DE RIESGO

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía No \_\_\_\_\_ en mi calidad de asociado(a) del Fondo de Empleados de Seguridad de Occidente (FODEOCCI), de manera libre, voluntaria, expresa e informada, autorizo a FODEOCCI para consultar mi información crediticia y financiera en las centrales de información de riesgos, con el fin de:

1. Verificar mi idoneidad y cumplimiento de los requisitos establecidos para participar como candidato a delegado.
2. Validar mi comportamiento financiero y mi capacidad para representar adecuadamente los intereses de los asociados.

Declaro que esta autorización se otorga única y exclusivamente para los fines relacionados con el proceso de elección de delegados, en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes sobre la materia.

Entiendo que FODEOCCI garantizará la confidencialidad de la información obtenida y que solo será utilizada para los fines indicados, en cumplimiento de la Ley 1266 de 2008 y demás disposiciones aplicables.

Firma del Aspirante: \_\_\_\_\_ Fecha: DD/MM/AAAA No. identificación: \_\_\_\_\_

## ESPACIO PARA USO INTERNO DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL (NO DILIGENCIAR)

Certificación de Cumplimiento de Condiciones para Ser Delegado

El Comité de Control Social suscribe la presente certificación de cumplimiento de condiciones para ser delegado. El asociado \_\_\_\_\_ cumple con los requisitos para ser delegado de la zona electoral \_\_\_\_\_.

Fecha de la certificación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Presidente comité de control social.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

secretaría.