

Ciudad: _____ Fecha de Solicitud: (AAAA / MM / DD)

DATOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE

Tipo y Número de Documento: C.C. ☐ C.E. ☐	Nombres:	Apellidos:
Dirección de Domicilio:	Ciudad y Depto. de Domicilio:	Celular:
Email:		

LÍNEA DE AHORRO A MODIFICAR

Lineas	Numeros de Productos	Valor Mensual a descontar	Modificación
Ahorro Voluntario			☐ Aumento ☐ Dismunución ☐ Cancelación
Rino Ahorrato			☐ Aumento ☐ Dismunución ☐ Cancelación
Agranda Prima			☐ Aumento ☐ Dismunución ☐ Cancelación
Ahorro con Propósito			☐ Aumento ☐ Dismunución ☐ Cancelación

AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN

Autorización de descuento por nomina

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, en mi calidad de trabajador de la empresa _____, y de manera libre, voluntaria e irrevocable, autorizo a la Empresa para que realice los descuentos correspondientes de mi salario mensual por los valores relacionados en el presente formato, así como por cualquier otro concepto adicional que haya autorizado, en el marco de mi vinculación al fondo de empleados. Este descuento será efectuado de forma periódica y automática sobre mi salario, de acuerdo con las condiciones previamente acordadas, y en cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales aplicables.

Declaración de origen de fondos

Declaro que los recursos que entrego, mantengo o retiro del Fondo de Empleados provienen de actividades lícitas y que no me encuentro involucrado(a), directa o indirectamente, en actividades relacionadas con el lavado de activos, financiación del terrorismo o cualquier otro delito fuente, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente y en las políticas internas del Fondo.

Así mismo, autorizo al Fondo de Empleados a realizar las consultas, verificaciones y reportes que sean necesarias ante autoridades competentes o sistemas de información como parte de la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT.

Me obligo a informar de manera oportuna cualquier cambio en mi actividad económica, situación jurídica o cualquier otra circunstancia que pueda afectar mi perfil como asociado, conforme a las políticas de conocimiento del asociado del Fondo.

Autorizaciones para el tratamiento de datos personales

Autorizo de manera libre, previa, voluntaria, explícita, informada e inequívoca a FODEOCCI o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para recolectar, verificar, registrar, procesar, difundir, compilar, intercambiar, actualizar, consultar en bases de datos y disponer de mis datos personales y financieros en desarrollo de las funciones propias del Fondo de Empleados en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de ahorro, crédito y bienestar, así como para fines administrativos, comerciales, de mercadeo y de publicidad. FODEOCCI declara que protege los datos suministrados por sus asociados en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y me informa que me asisten los siguientes derechos: 1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales. 2. Verificar la autorización otorgada. 3. Ser informado acerca del uso que se les ha dado a mis datos personales. 4. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio las quejas que considere. 5. Revocar la autorización y solicitar la eliminación de algún dato cuando considere que no se le han respetado sus derechos. 6. Acceder en forma gratuita a los datos personales que voluntariamente, y a través de este formato, decidí compartir con FODEOCCI. Autorizo también el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Tengo claro que las políticas de privacidad y tratamiento de los datos personales están disponibles en <https://www.fodeocci.com.co/> y que cualquier inquietud, solicitud, petición, queja o reclamo puede ser tramitada a través del correo electrónico gerencia@fodeocci.com.co.

Declaración de conocimiento de estatutos y reglamentos

Las manifestaciones y señalamientos expresados en el presente formulario corresponden al ejercicio de los derechos y al acatamiento de las obligaciones estatutarias y reglamentarias existentes en el Fondo de Empleados; expresamente dejo constancia del conocimiento y aceptación de los términos y condiciones establecidos en el reglamento de ahorros del fondo de empleados.

OBSERVACIONES DEL ASOCIADO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FODEOCCI

Registrado por:	Fecha de Registro:	Reviso:
-----------------	--------------------	---------

OBSERVACIONES

Huella índice derecho

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C. Nº _____

EXPEDIDA EN: