

# SOLICITUD DE VINCULACIÓN

 Cod: F001  
 Version: 1.0  
 Fecha vigencia : 10/05/2022  
 Hoja : 1/2

Fecha de Diligenciamiento / Radicacion (AAAA / MM / DD)

 Ingreso 

 Reingreso 

 Actualización de datos 

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres		Apellidos		
Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		Lugar de Expedición:		
Fecha de Nacimiento: (AAAA / MM / DD)	Lugar de Nacimiento:	Edad:	Email:	
Dirección de Residencia:		Barrio:	Ciudad / Municipio	Departamento:
Celular:	Teléfono Fijo:	Vive en Casa: Propia <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/>	Estado:	
			1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>	
Nivel Académico: Primaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Tecnología <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Especialización <input type="radio"/> Magister u otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____				
Estado Civil: Soltero (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Separado (a) <input type="radio"/> U.Libre <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				

## DATOS DEL(A) CÓNYUGUE O COMPAÑER(A) PERMANENTE

Tipo y Número de Documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		Nombres y apellidos completos:		Fecha de expedicion: (AAAA / MM / DD)	Ciudad de Expedicion:
Genero: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Fecha de Nacimiento: (AAAA / MM / DD)	Edad:	Lugar de Nacimiento:	Email:	
Celular:		Ocupacion:		Empresa Donde Labora:	
Teléfono Empresa:					

## ACTIVIDAD ECONÓMICA - INFORMACIÓN FINANCIERA

Ocupación: Estudiante <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/> Empleado - Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/>				
Empresa :	Cargo Actual :	Actividad Economica :	Codigo CIIU :	Fecha de Ingreso empresa: (AAAA / MM / DD)
Dirección de la Empresa:		Teléfono Empresa:	Departamento:	Ciudad:

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Sueldo y/o pensión	\$	Arriendo o gastos de vivienda	\$
Honorarios, comisiones,horas extras	\$	Gastos personales y familiares	\$
TOTAL	\$	TOTAL	\$

Total Activo: \$ _____	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cuales:		
Total Pasivo: \$ _____	¿Posee cuentas en moneda extranjera?: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Banco:		
Total Patrimonio : \$ _____	Nº de Cuenta:		
	Moneda:		
	Ciudad:		
	Pais:		

## REFERENCIA FAMILIAR

Nombre Completo:	Parentesco:	Dirección:	Teléfonos:

## REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIAR)

Nombre Completo:	Parentesco:	Dirección:	Teléfonos:

## REGISTRO SOCIAL

Inscriba a sus padres y cónyuge, sin límite de edad, y a sus hijos hasta los 25 años que dependan totalmente de usted. Ellos tendrán derecho a participar en eventos programados por FODEOCCI y a beneficiarse con auxilios de acuerdo con el reglamento del Fondo de Solidaridad. También forman parte del grupo familiar primario los hijos mayores de 25 años con invalidez permanente o discapacidad que les impide trabajar.

PARENTESCO	NOMBRE	1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	F.NACIMIENTO	TIPO DOC.	Nº DE DOCUMENTO	TELEFONO MOVIL
PADRE				(AAAA / MM / DD)			
MADRE				(AAAA / MM / DD)			
CÓNYUGE				(AAAA / MM / DD)			
HIJO (A)				(AAAA / MM / DD)			
HIJO (A)				(AAAA / MM / DD)			
HIJO (A)				(AAAA / MM / DD)			

### AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

#### Autorización de descuento por nomina:

Yo: \_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, expedida en: \_\_\_\_\_ Autorizo a (Empresa donde labora): \_\_\_\_\_ para que deduzca de mi salario mensual los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor de FODEOCCI: \_\_\_\_\_ Aportes y ahorro permanente (no podrán exceder el 10% del salario básico): \_\_\_\_\_ Fondos Sociales: \_\_\_\_\_ ( Las cuotas por estos conceptos se actualizarán anualmente de acuerdo a lo estipulado en el estatuto de Fodeocci y al incremento del SMMLV), adicionalmente autorizo descontar cualquier otro concepto que se encuentre a mi cargo en cualquier momento. El descuento que AUTORIZO podrá realizarse de incapacidades, licencia de maternidad, de paternidad y/o vacaciones, en los eventos en que me encuentre disfrutando de los mismos. Igualmente, AUTORIZO para que el saldo que en cualquier momento se encuentre a mi cargo al momento de mi desvinculación laboral, sea descontado del valor de mi salario, cesantías, intereses de cesantía, primas de servicio, vacaciones, bonificaciones, auxilio de transporte, indemnización por despido, suma conciliatoria, comisiones, auxilios o beneficios extralegales, horas extras, recargos nocturnos, dominicales o festivos, y en general cualquier concepto que deba cancelarme la Empresa al momento de mi desvinculación. La firma de este documento se entenderá con valor jurídico para el ingreso como asociado y las deducciones de nómina.

#### Autorizaciones y declaraciones:

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

#### Autorización para consulta y reporte en centrales de riesgo:

Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a FODEOCCI, a su endosatario o en general a quien tenga la calidad de acreedor a : 1. Consultar ante las Centrales de información Financiera, mi, endeudamiento directo o indirecto con las entidades financieras del país, así como la información disponible sobre el cumplimiento o manejo de mis compromisos y obligaciones comerciales y crediticias, hábitos de pago, y en general mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. 2. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno, como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor. 3. Enviar, suministrar, solicitar y divulgar la información mencionada a las centrales de riesgos de manera directa o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla, clasificarla. La autorización anterior permite a FODEOCCI y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines de evaluar los riesgos de concederme un crédito, verificar el cumplimiento de mis deberes contractuales, constitucionales y legales y elaborar estadísticas y derivado, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. Manifiesto que conozco y acepto que los reportes negativos que FODEOCCI realice a las centrales de información financiera o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines puede generar consecuencias negativas a mi acceso a créditos y demás servicios financieros.

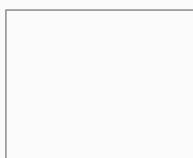
#### Declaracion de Origen de fondos:

Declaro que el origen de mis bienes y/o recursos para la constitución de productos y cuentas como asociado a FODEOCCI, tienen un origen lícito, de acuerdo con mi actividad económica, la cual se desarrolla dentro del marco legal y normativo correspondiente, adicionalmente declaro que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional o bloqueado por actividades de narcotráfico o lavado de activos y que no acepto como propios los depósitos que a mis cuenta efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano.

\* Adicionalmente, declaro que conozco y acepto los estatutos y reglamentos y políticas internas de Fodeocci, las cuales se encuentran publicadas en [www.fodeocci.com.co](http://www.fodeocci.com.co).

Diligenciar todos los campos de la solicitud y adjuntar fotocopia de cédula ampliada al 150% .

### FIRMA Y HUELLA



Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo y acepto:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO  
C.C. Nº

Huella índice derecho

### USO EXCLUSIVO DE FODEOCCI - CONFIRMACIÓN DE REFERENCIAS

Fecha : (AAAA / MM / DD)	Hora: _____ A.M. <input type="radio"/> P.M. <input type="radio"/>	Teléfono de Contacto:	Nombre de la Persona que lo Atendió:	Parentesco:
Confirmación de Dirección:	Nombre del Funcionario que Confirma:		Observaciones:	Acta Nº

Firma Funcionario que Confirma

Firma Oficial de Cumplimiento

Firma Gerente del Fondo