

CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO



Afiliación

Actualización

Fecha de diligenciamiento

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres (Completo)	Cédula	Expedida en	Fecha de Expedición
Ciudad/Municipio de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Nivel de Estudios
Profesión	Sexo M F	Correo electrónico	
Departamento	Nacionalidad		Cabeza de hogar (Si es mujer) SI NO
Dirección de la Residencia	Ciudad de residencia	Barrio	Estrato
¿Administra Recursos Públicos?	SI NO	Teléfono Fijo	
¿Es usted PEP? (Persona Expuesta Públicamente)	SI NO	Teléfono Celular	
¿Es familiar de una PEP?	SI NO		
Posee vivienda propia SI NO	Posee Carro Propio SI NO	Tiene Hijos SI NO	Cuantos
Nombre Cónyuge	Número de Cédula	Teléfono Celular	
Referencia Familiar	Número de Cédula	Parentesco	Teléfono Celular

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA DONDE LABORA

Nombre de la Empresa donde Labora	Cargo	Teléfono	Ciudad
Departamento	Correo Electronico Empresa		
Dirección de la Empresa donde Labora		Celular Corporativo	

3. INFORMACIÓN SALARIAL

Fecha de ingreso a la Empresa	Tipo de Contrato	Salario Mensual	Egresos Mensuales
	Termino Indefinido		
	Termino Fijo		
Si es Independiente Tipo de Actividad CIU		Otros Ingresos	

4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera?	SI	NO
¿Cuáles operaciones?	Declaro que no realizo Transacciones en Moneda Extranjera	

¿Tiene Cuentas en Moneda Extranjera?	SI	NO		
Número de Cuenta	Banco	Ciudad	Pais	Moneda

5. CUOTAS MENSUALES DE AHORRO MENSUALES DE AHORRO

Para Empleados	Para Independientes y/o Pensionados
% \$	% \$

Este valor corresponde a los Aportes y Ahorros permanentes, los cuales no pueden ser inferiores al 3% de su salario o Ingreso mensual y máximo el 10%. Estos se Devuelven en un plazo de 30 días hábiles a partir de la fecha de radicación de la solicitud del retiro como asociado de FESFA.

6. AUTORIZACIÓN PARA ABONO EN CUENTA PROPIA

Autorizo a FESFA para que abone en forma automática los valores que por cualquier concepto deban ser entregados a mi favor. Así mismo, declaro que FESFA no asume ninguna responsabilidad distinta a la de realizar el abono automático, por lo tanto, no existe otra responsabilidad por el manejo posterior de la respectiva cuenta. Para que dichos abonos sean efectivos, solicito a FESFA registrar en la base de datos correspondientes, la CUENTA PROPIA que poseo y que detallo a continuación.

Cuenta Número	del Banco	Tipo de Cuenta
		Ahorros
		Corrientes

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

2. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo NO provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el código civil colombiano.

3. Los recursos y beneficios que se deriven de mi relación como asociado de Fesfa no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas..

8. CONDICIONES Y COMPROMISO

Al solicitar el ingreso como asociado(a) al Fondo de Empleados del Sector Farmaceutico FESFA, me comprometo a acatar el Estatuto, Reglamentos, Políticas de SARLAFT y disposiciones en general de la entidad. Además acepto que en la utilización de los productos y servicios prestados por terceros que establezca FESFA, asumo plena libertad y responsabilidad frente a la decisión de utilizar el producto o servicio ofrecido por el Fondo u otro proveedor diferente y exonero a FESFA de responsabilidad alguna ya que ésta compete única y exclusivamente al proveedor directo del producto o servicio.

9.AUTORIZACIONES

Autorizo a la actual y a las futuras entidades con las que tenga mi vínculo laboral para que descuenten del sueldo, honorarios, salario integral, bonificaciones, primas, cesantías, indemnizaciones, prestaciones sociales y demás conceptos que se deriven de la relación laboral, las cuotas mensuales o Saldos de las obligaciones con FESFA. De la misma forma autorizo a la entidad pagadora para que en caso de terminación del contrato que tenga con ella; de la liquidación de Prestaciones Sociales correspondiente, se descuenten los saldos pendientes a favor de FESFA.

*AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO FESFA PARA REGISTRAR LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS

Número del Documento de Identidad	Tipo de documento	Nombre y apellidos Completos
-----------------------------------	-------------------	------------------------------

Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
		SI NO

Número del Documento de Identidad	Tipo de documento	Nombre y apellidos Completos
-----------------------------------	-------------------	------------------------------

Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
		SI NO

Número del Documento de Identidad	Tipo de documento	Nombre y apellidos Completos
-----------------------------------	-------------------	------------------------------

Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
		SI NO

Número del Documento de Identidad	Tipo de documento	Nombre y apellidos Completos
-----------------------------------	-------------------	------------------------------

Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
		SI NO

Autorizo a FESFA para cuando presente mi retiro definitivo del Fondo a realizar el cruce de Cuentas entre mis Aportes/Ahorros y mis Deudas, si a ello hubiere lugar.

Autorizo irrevocablemente a FESFA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor y de manera libre, previa, expresa y voluntaria, para reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a las centrales de información del sector financiero y a cualquier otra entidad que administre o maneje bases de datos pública o privada, todo lo relativo a la información comercial de que se disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales. También autorizo para que, además de los fines de análisis de riesgo de crédito, utilice la información sobre mí y la que recopile de cualquier fuente; para el desarrollo de estrategias comerciales o campañas publicitarias, a favor de FESFA o un tercero. Así mismo el envío de notificación de forma permanente e irrevocable y mientras existan vínculos comerciales, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, comunicación telefónica y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro FESFA identifique como sitios de localización.

Certifico que la información que he suministrado en este documento y en los anexos a la vinculación como asociado es veraz y verificable y me obligo a actualizarla cuando se requiera y por lo menos una vez al año. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo la presente declaración.

Nota: Anexar Copia del Documento de Identidad

"Para constancia firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento".

Firma del Solicitante

10.PARA USO EXCLUSIVO DE FESFA

Fecha de Recepción del Documento	Quien recibe	Grabado por	Afiliación Aprobada por
----------------------------------	--------------	-------------	-------------------------

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSULTA A LAS LISTAS RESTRICTIVAS

NUMERO DE ACTA DE JUNTA DIRECTIVA DONDE RATIFICO EL INGRESO DEL ASOCIADO

Fondo de Empleados del Sector Farmaceutico FESFA. Dirección: Avenida Calle 100 No.60-04 Oficina 619
PBX 3907181 Pagina www.fesfa.co



FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACION AL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO "FESFA"

CIUDAD		FECHA DE LA SOLICITUD	
--------	--	-----------------------	--

**Señores
JUNTA DIRECTIVA DEL FONDO DE EMPLEADOS
DEL SECTOR FARMACÉUTICO "FESFA"
CIUDAD**

Apreciados Señores:

Con la presente, solicito la aprobación de mi vinculación voluntaria al Fondo de Empleados del Sector Farmacéutico "FESFA", en calidad de Asociado, aceptando cumplir los principios de la Economía Solidaria, así como lo determinado por el Estatuto y los Reglamentos vigentes de "FESFA", los cuales declaro que conozco y acepto.

Como Asociado de "FESFA", acepto y me comprometo a cumplir las decisiones de los órganos de Administración, Vigilancia y Control de "FESFA"; los deberes consagrados en el Estatuto y a contribuir al desarrollo y prosperidad económica y social de "FESFA".

Igualmente me comprometo a Autorizar al Pagador de la Empresa para que deduzca Mensualmente de mi Salario los Valores correspondientes a Aportes, Créditos, Servicios y demás conceptos y le transfiera dichos Valores a la Cuenta Bancaria Establecida por "FESFA".

Una vez aceptada mi Vinculación en calidad de Asociado de "FESFA", autorizo la pignoración de mis aportes a favor de "FESFA"; con el fin de cubrir las deudas contraídas con esta entidad.

El presente Documento presta merito Ejecutivo, para que se hagan exigibles los valores anteriormente mencionados de las obligaciones vigentes, al momento de mi desvinculación de "FESFA".

La presente vinculación, se puede dar por terminada, de acuerdo con lo Establecido en el Estatuto Vigente.

ATENTAMENTE,

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASOCIADO _____

FIRMA _____ C.C.No. _____ Expedida en _____

Fecha de Aprobación de la Junta Directiva:	
Acta de la Junta Directiva Número:	



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En Bogotá D.C., a los de de

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que lo adicionen modifiquen o revoquen como Titular de mis datos personales, incluyendo datos sensibles cuando así se requiera, doy mi consentimiento previo, libre, expreso e informado al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO en adelante –FESFA para que éstos sean incorporados en una base de datos bajo la responsabilidad de FESFA, para que sean recaudados, usados, dispuestos, tratados, transferidos, cedidos, intercambiados, o modificados de acuerdo a los siguientes criterios:

La finalidad del tratamiento será la de enviar información, invitación y/o promoción de productos y servicios; remisión a las autoridades competentes y otorgamiento de créditos que se defina en cada caso, respetando en todo momento los principios básicos que marca la Ley.

Los datos obtenidos por FESFA por medio de la afiliación, incluyendo la información sensible a través de sí misma o de terceros encargados del tratamiento de información, de acuerdo a las condiciones indicadas en las políticas de tratamiento de datos personales.

Se precisa que en el caso de datos sensibles esto es aquel dato que afecta la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a Sindicatos, organizaciones sociales de derechos humanos o que promuevan intereses de cualquier partido político, datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos la persona no se encuentra obligado a suministrarlos.

La información personal de los niños, niñas y adolescentes y/o información sensible que sea suministrada a FESFA será utilizada en actividades relacionadas en Gestión Social. El Titular tiene el carácter facultativo para dar respuesta a las preguntas que le sean hechas por FESFA sobre esta información y como representante Legal o Tutor autoriza que FESFA realice el tratamiento de los datos personales de los niños, niñas y adolescentes.

La posibilidad de ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO, la dirección de correo electrónico FESFA.GERENCIA@GMAIL.COM, indicando en el asunto el derecho que desea ejercer, mediante correo ordinario remitido a Avenida Suba 95-66, Bogotá

La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se encuentra disponible en la página web <http://www.fesfa.co>

“Para constancia firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento”.

Firma del asociado

Nombre del asociado

C.C: _____