



FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL

FONDO DE EMPLEADO FEAVANZA

Vinculación

Actualización

Fecha

MM DD AAAA

Oficina: Cali

Bogotá

Villa Rica

Otra

Cúal

AMIGO REFERIDO

Nombre
amigo referido

Apellido
amigo referido

No. Cédula

INFORMACIÓN PERSONAL

ESPACIO PARA COLOCAR FOTO 3 x 4 cms.	No. Cédula		Expedida en	Fecha de expedición MM/DD/AA	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Primer nombre		Segundo nombre	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Estado Civil Soltero(a) <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/>	
	Nivel de Estudio Bachiller <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				Profesión:	Mujer cabeza de hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ciudad Residencia	Departamento	Lugar de Nacimiento	Departamento	Nacionalidad	Estrato de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Fliar <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Dirección		No. Teléfono	No. Celular
Operador de celular Movistar <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Tigo <input type="checkbox"/>		E - mail personal			E - mail corporativo	
Posee vehículo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Preferencias (deportes, música, manualidades, otros.) <input type="text"/>			Autorizo recibir información vía mensaje de texto gratuitamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
No. Personas a Cargo - parentesco	Cuenta transferencias Cuenta No. <input type="text"/>		Banco <input type="text"/>	Tipo Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde labora Sanofi <input type="checkbox"/> Pasteur <input type="checkbox"/> Genfar <input type="checkbox"/> Fondo <input type="checkbox"/> Fareva <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual <input type="text"/>						
Tipo de Contrato Integral <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="text"/>					Fecha de ingreso MM/DD/AA	
Duración de la jornada laboral Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>		Cargo	Área de Trabajo Comercial <input type="checkbox"/> Adminis. <input type="checkbox"/> Planta <input type="checkbox"/> Otro. Cúal <input type="text"/>		Salario básico mensual	
Actividad Principal			Detalle de la Actividad			Código CIU <input type="text"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA

Total ingresos mensuales:		Total egresos mensuales:		Declaro que el origen de mis ingresos proviene de:	
Otros ingresos mensuales:		Otros egresos mensuales:		<input type="text"/>	
Total de activos:		Total pasivos:		<input type="text"/>	
¿Declara renta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Posee cuentas en el exterior?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique cuenta: Banco: <input type="text"/> País: <input type="text"/>		

- ¿Administra Recursos Públicos? Si No
- Usted está catalogado como PEPS Si No
- ¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si No
- ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si No
- ¿Por su Actividad u Oficio goza Usted de reconocimiento público general? Si No
- ¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? Si No

Si, alguna de las preguntas anteriores respondió afirmativamente, por favor especifique:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Solicito se sirvan aceptarme como asociado activo a FEAVANZA. Así mismo me comprometo a cumplir las normas que rigen al Fondo. Autorizo a FEAVANZA a descontar el % de mi salario mensual, la suma de \$ como aporte. Igualmente autorizo a descontar de mi salario y/o prestaciones legales o extralegales las obligaciones que contraiga con el Fondo en mi calidad de Asociado(a) **por ahorros, servicio exequial, cuota de admisión, cuota de solidaridad y de bienestar.** Autorizo a FEAVANZA para manejar y/o dar tratamiento a mi información personal a fin que pueda incluirla o recogerla en sus bases de datos o archivos. Manifiesto que el Fondo me ha puesto en conocimiento de la existencia de su Política para el tratamiento de la información de datos, la cual se encuentra contenida en la página Web de la entidad. Autorizo así mismo la transferencia de mis datos a las centrales de riesgo y listas vinculantes cuando sea requerido por parte del Fondo, para la finalidad indicada en la política de Tratamiento de la información. **Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.**

AHORROS

Como ahorro adicional mensual, autorizo a descontar de mi salario en la siguiente modalidad de ahorros:

- Ahorro voluntario la suma de \$ _____, (valor en letras) _____ A partir del mes de _____
- Ahorro programado la suma de \$ _____, (valor en letras) _____ A partir del mes de _____ 6 meses 1 año

REGISTRO SOCIAL

Inscriba a sus padres y cónyugue o compañero (a) permanente, sin límite de edad y a sus hijos hasta los 25 años que dependan económicamente de usted, ellos tendrán derecho a participar en eventos programados por el FONDO DE EMPLEADOS FEAVANZA y a beneficiarse de auxilios de acuerdo al Reglamento de Solidaridad. En caso de enajenación o muerte, sus aportes y ahorros serán entregados a las siguientes personas, sin perjuicio de lo establecido en el código civil respecto a las órdenes sucesariales.

PARENTESCO	No. CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	NACIMIENTO	OCUPACIÓN	DISTRIBUCIÓN APORTES %
Padre			MM/DD/AA		
Madre			MM/DD/AA		
Cónyugue			MM/DD/AA		
Hijo			MM/DD/AA		
Hijo			MM/DD/AA		
Hijo			MM/DD/AA		

Firma Solicitante _____	C.C. _____	HUELLA
----------------------------	------------	--------

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

Lugar	Fecha	MM DD AAAA
Observaciones		
Nombre y firma del asesor que realizó la entrevista _____ Nombre Firma	Fecha de verificación de la información Nombre y firma del asesor que realizó la validación _____	MM DD AAAA
Aprobado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha	MM DD AAAA
	Acta No.	_____
	Firma	_____

Oficina Principal - Cali
Cra. 9 No. 30-29
Sector industrial los Mangos
Tel. 431 0000 ext 109

Oficina Bogotá
Transv. 23 N° 97-73 Piso 9
City Business
Tel. 219 4054

Oficina Villarica
Kilometro 43 Vía Panamericana
Cali - Popayan / Parque Industrial Caucaresa
Tel: 390 5400 Ext. 1113