



FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL

FONDO DE EMPLEADO FEAVANZA

Vinculación Actualización Fecha: Día Mes Año

Bogotá Villa Rica Otra Cúal

AMIGO REFERIDO	DATOS DEL ASESOR
Nombres y Apellidos _____ C.C. _____	Nombre _____ Fecha <u>MM/DD/AA</u>

ESPACIO PARA COLOCAR FOTO 3 x 4 cms.	INFORMACIÓN PERSONAL						
	Tipo de Identificación C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cúal _____			Número de Identificación _____		Fecha de expedición MM/DD/AA	Expedida en _____
	Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Primer apellido _____	Segundo apellido _____	Lugar de Nacimiento _____	Fecha de nacimiento MM/DD/AA	
Nivel de Estudio Bachiller <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cúal _____				Profesión: _____		Mujer cabeza de hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
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"/> Cúal _____		Ciudad Residencia _____	Departamento _____	Nacionalidad _____		Estrato de 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> la vivienda 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"/> Cúal _____			Dirección _____		No. Teléfono _____	No. Celular _____	
Operador de celular Movistar <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Tigo <input type="checkbox"/> Otro <input type="radio"/> Cúal _____			E - mail personal _____		E - mail corporativo _____		
Posee vehículo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Preferencias (deportes, música, manualidades, otros.) _____ _____			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. _____ Banco _____ 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"/> Cúal _____					
Tipo de Contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal _____				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 _____		Salario básico mensual _____
Actividad Principal (DIAN) _____			Detalle de la Actividad _____		Código DIAN CIU _____

INFORMACIÓN FINANCIERA					
Total ingresos mensuales: _____		Total egresos mensuales: _____		Declaro que el origen de mis ingresos proviene de: _____	
Otros ingresos mensuales: _____		Otros egresos mensuales: _____		_____	
Total de activos: _____		Total pasivos: _____		_____	
¿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: _____ País: _____		

¿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, 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. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario No. 1377 de 2013 (Ley de protección de datos personales), autorizo a FEAVANZA para que recolecte, almacene, circule, publique, use, procese, compile, actualice, suprima, intercambie, transmita y/o transfiera a cualquier título y/o forma, mi información contenida en sus bases de datos de acuerdo con la política para el tratamiento de datos personales establecida para estos fines. 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 de acuerdo con lo establecido en la Ley 1266 de 2018. **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 cónyuge 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 sucesoriales.

PARENTESCO	No. CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	NACIMIENTO	OCUPACIÓN
Padre			MM-DD-AA	
Madre			MM-DD-AA	
Cónyuge			MM-DD-AA	
Hijo			MM-DD-AA	
Hijo			MM-DD-AA	
Hijo			MM-DD-AA	

Firma Solicitante _____	C.C. _____	<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; margin: 0 auto;">HUELLA</div>
----------------------------	------------	---

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

Entrevista	Datos de la Entrevista	Fecha Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Nombre y firma del asesor que realizó la entrevista _____ Nombre	Firma _____	Fecha de verificación de la información Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Nombre y firma del asesor que realizó la validación _____
Aprobado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Acta No. _____ Firma _____

Oficina Principal - Cali
Cra. 9 No. 30-29
Sector industrial los Mangos
Tel. 431 0000 ext 109
Oficina: 315 866 2237
Almacén: 3155772377

Oficina Bogotá
Transv. 23 N° 97-73 Piso 9
City Business
Tel. 219 4054
Oficina: 315 469 6900

Oficina Villarica
Kilometro 43 Vía Panamericana
Cali - Popayan / Parque Industrial Caucaresa
Tel: 390 5400 Ext. 1113
Oficina: 315 852 3730

Consulta nuestra página web
www.feavanza.com
y nuestra App : Feavanza, para estar informado(a)