

FORMULARIO DE VINCULACIÓN



FONDO DE EMPLEADOS DEL COLEGIO SAN IGNACIO - FECSLI

DÍA MES AÑO

INSCRIPCIÓN
 ACTUALIZACIÓN DE DATOS
 REINGRESO

TRASLADO ACTIVO A JUBILADO DÍA MES AÑO

1. INFORMACIÓN PERSONAL

TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS	No. DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (S)		GÉNERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
FECHA DE NACIMIENTO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>
No. HIJOS <input type="text"/> No. PERSONAS A CARGO <input type="text"/> MADRE CABEZA DE HOGAR <input type="text"/>	GRADO DE ESCOLARIDAD NINGUNO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> POSDOCTORADO <input type="checkbox"/> PROFESIÓN: _____ POSGRADO: _____			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <small>INCLUIR NOMBRE, BLOQUE, APTO</small>	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BARRIO	ESTRATO
TELÉFONO CELULAR: _____	TELÉFONO FIJO: _____	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/>		
CORREO PERSONAL: _____	CORREO OFICINA: _____			

2. INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA COLEGIO SAN IGNACIO <input type="checkbox"/> FECSLI <input type="checkbox"/> ASIA <input type="checkbox"/> CENTRO FÉ Y CULTURAS <input type="checkbox"/> NOVIADO <input type="checkbox"/> TRANSLOYOLA <input type="checkbox"/> C. PEDRO ARRUPE (SOLUCIONES EFECTIVAS) <input type="checkbox"/> ASOFAMILIA <input type="checkbox"/> C. PEDRO ARRUPE <input type="checkbox"/>			CARGO	TIPO DE CONTRATO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>	SALARIAO \$ _____
FECHA VINCULACIÓN DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE TERMINACIÓN <small>(SI ES CONTRATO FIJO)</small> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	JUBILADO/ PENSIONADO: COLPENSIONES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> CUAL: _____			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

SI EJERCE OTRA ACTIVIDAD ECONÓMICA, INDÍQUELA: _____	OTROS INGRESOS MENSUALES: \$ _____ <small>(SALARIO VARIABLE, ARRENDAMIENTOS, HONORARIOS, OTROS NEGOCIOS)</small>		
EGRESOS MENSUALES: \$ _____ <small>(TOTAL GASTOS FAMILIARES, ARRENDAMIENTO, CUOTAS DE CRÉDITOS, OTROS)</small>	TOTAL ACTIVOS: \$ _____ <small>(AHORROS, PROPIEDAD RAÍZ, VEHÍCULOS, OTROS)</small>	TOTAL PASIVOS: \$ _____ <small>(DEUDAS FINANCIERAS, COMERCIALES CON TERCEROS)</small>	DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TOTAL PATRIMONIO: \$ _____ <small>(TOTAL ACTIVOS + TOTAL PASIVOS)</small>	CUENTA BANCARIA No. _____	BANCO: _____	TIPO DE CUENTA AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA			
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUALES? _____		
¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
BANCO: _____	CIUDAD: _____	PAÍS: _____	MONEDA: _____
No. CUENTA PRINCIPAL: _____			

4. INFORMACIÓN DEDUCCIONES PARA SERVICIOS DE AHORRO

APORTES Y PERMANENTE: \$ _____	VOLUNTARIO: \$ _____	\$ _____	: \$ _____
--------------------------------	----------------------	----------	------------

5. DECLARACION PEP (PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE)

- ¿Actualmente o, en los últimos 24 meses ha tenido algún grado de poder público? si NO
- ¿Maneja dineros públicos de la Nación, Departamento, Municipio o algún ente descentralizado? si NO
- ¿Actualmente es líder comunitario o miembro de alta jerarquía en algún partido político? si NO
- ¿Hace parte de alguna comunidad religiosa? si NO
- Tiene o goza de reconocimiento público por actividades como actuación, deporte, habilidades artísticas? si NO
- ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que goce de reconocimiento público? si NO

6. Declaración de Origen de Fondos

Con el propósito de dar cumplimiento a lo estipulado por la Superintendencia de la Economía Solidaria y las normas legales, referentes a los servicios de ahorro y crédito, realizo la siguiente declaración sobre el origen de los bienes y/o recursos: 1. Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione. 2. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o, a favor, de personas relacionadas con las mismas.

7. Protección de Datos

En mi calidad de titular de la información actuando de manera voluntaria y libre, autorizo a FECOLSI, o a quien represente sus derechos a dar tratamiento a mis datos personales, para: 1. El desarrollo del objeto social, contractual y solidario que nos vincula, sin limitarse a ello, para la atención de mis solicitudes, la gestión de mi información financiera y comercial, la gestión de cobranza, entre otros relacionados; 2. La gestión de los servicios de los cuales soy titular o beneficiario, comercializados a través de FECOLSI o con quien legalmente constituya alianzas para beneficio de sus asociados. Igualmente certifico que dando cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Ley 1377 de 2013, y demás leyes que regulen el tema de Habeas Data, declaro que FECOLSI, como responsable del tratamiento y protección de mis datos personales, recolectados en virtud de mi calidad como asociado me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, para la protección, modificación o supresión de los mismos.

8. Autorización de Deducciones

Autorizo a la empresa con la cual tengo un contrato de trabajo y que genera el vínculo común de asociación con FECOLSI, para descontar por nómina las deducciones correspondientes al 8% SMLMMV en cada periodo de pago, por concepto de aportes y ahorros permanentes, así como de las obligaciones que contraiga con FECOLSI a título propio o como garante o codeudor. En el evento en que mis ingresos no cubran la cuota establecida, me obligo a realizar oportunamente el pago de mis obligaciones en la forma en que se me indique.

AUTORIZO EL ENVÍO DE INFORMACIÓN POR: MENSAJE DE TEXTO: sí no

CORREO ELECTRÓNICO: sí no

9. Deberes y Derechos como Asociado

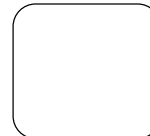
Certifico que se me informan los derechos y deberes que tengo como asociado, además de la disponibilidad para consultar el Estatuto y reglamentos vigentes a través de la página www.fecolsi.com.co

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento, garantizando que la información que he suministrado y los anexos, son ciertos y verificables. Autorizo por lo tanto a FECOLSI para que verifique esta información y **mi nombre en listas vinculantes**. Se me informa de mi obligación de reportar algún cambio o actualizarla, por lo menos una (1) vez al año.

FIRMA: _____

CÉDULA: _____

HUELLA

**Espacio exclusivo para FECOLSI**

OBSERVACIONES:

FECHA REALIZACIÓN ENTREVISTA:

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA: _____

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN: _____

FECHA VERIFICACIÓN INFORMACIÓN:

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identidad

Constancia de ingresos

Declaración de renta del último periodo gravable