

**FONDO DE EMPLEADOS DE COSMOAGRO TRIADA
FECOT
FORMATO DE SOLICITUD DE ASOCIACION Y/O ACTUALIZACION**



Nos alegra saber que desea pertenecer a FECOT, donde podrá ser dueño de esta empresa, beneficiarse de diversos servicios sociales y financieros. Para realizar su estudio de vinculación oportunamente, debe diligenciar completamente la solicitud de asociación y anexar los siguientes documentos:
Fotocopia ampliada de la cedula al 150%

Tipo de Novedad: Ingreso Reingreso Actualización de datos

Fecha de Diligenciamiento D M A	Fecha de Radicación Fondo D M A	Fecha de Inicio de Descuentos D M A
---	---	---

Identificación No.	C.C.	C.E.	Fecha de Expedición D M A	Lugar de Expedición	Departamento
------------------------------	-------------	-------------	-------------------------------------	----------------------------	---------------------

A-INFORMACION PERSONAL					
Primer apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Segundo Nombre		Sexo		Fecha de nacimiento	
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	D	M	A	
Edad		Lugar de Nacimiento		Estado Civil	
				Soltero (a) <input type="checkbox"/>	
				Unión Libre <input type="checkbox"/>	
				Casado (a) <input type="checkbox"/>	
				Separado (a) <input type="checkbox"/>	
				Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	
				Viudo (a) <input type="checkbox"/>	
Nivel de Escolaridad					
Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Pos doctorado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>					
Dirección de Residencia		Barrio		Estrato	
Ciudad		Departamento		Tipo de Vivienda	
				Arrendada <input type="checkbox"/>	
				Propia <input type="checkbox"/>	
				Familiar <input type="checkbox"/>	
Teléfono Residencia		Celular		Correo Personal	

B-DATOS LABORALES					
Actividad Económica		Profesión		Empresa donde Labora	
Ciudad		Carga		Área o Sección	
Empleado <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>		Pensionado <input type="checkbox"/>	
				Fecha de Ingreso	
				D M A	
				Clase de Contrato	
				Fijo <input type="checkbox"/>	
				Indefinido <input type="checkbox"/>	
				Servicios <input type="checkbox"/>	
				Normal <input type="checkbox"/>	
				Integral <input type="checkbox"/>	
Tipo de Salario		Sueldo Mensual		Tipo de Nomina	
		\$		Quin. <input type="checkbox"/>	
				Cat. <input type="checkbox"/>	
Teléfono Empresa		Celular Corporativo		Correo electrónico Corporativo	
Ext.					

C-INFORMACION FINANCIERA DESCRIPCION DE ACTIVOS					
Tipo	Cantidad	Descripción del Activo	¿Tiene Seguro?	Valor Comercial	
Vehículo		2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$	
Casa/Apto			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$	
Lote			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$	
Valores mobiliarios			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$	
Productos de Ahorro			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$	
Otros Activos			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	\$	
Total Activos				\$	

DESCRIPCION DE PASIVOS					
Deudas	Cantidad	Entidad	Fecha de Terminación	Saldo	Cuota Mensual
Hipotecarias				\$	
Créditos				\$	
Tarjetas de Crédito				\$	
Otras Obligaciones				\$	
Total Pasivos				\$	\$

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA			
Salario fijo	\$	Arrendamiento	\$	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?
Comisiones	\$	Gastos Personales/Familiares	\$	¿Posee cuentas en moneda extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Banco
Honorarios	\$	Deducciones de Nomina	\$	Moneda	No. Cuenta	Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorros <input type="checkbox"/>
Otros Ingresos	\$	Obligaciones Financieras	\$	Fecha de Apertura	País		
¿Cuáles?		Cuota Crédito Hipotecario	\$				
TOTAL INGRESO		TOTAL EGRESOS					

D-APORTES A REALIZAR	
Porcentaje de salario devengado mensual entre el 2% y el 10%.	% <input type="text"/> Valor <input type="text"/>

DATOS DEL CONYUGE										
Primer apellido		Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre		
Identificación		C.C.	C.E.	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Departamento	Lugar de Nacimiento	Fecha de nacimiento		
No.	D M A							D M A		
Sexo	Nivel de Escolaridad			Actividad Económica	Profesión		Empresa donde Labora			
M	Ninguna	Bachillerato	Tecnología	Especialización	Doctorado					
F	Primaria	Técnico	Universitario	Maestría	Pos doctorado					
Cargo		Área o Sección			Fecha de Ingreso	Clase de Contrato		Tipo de Salario		
					D M A	Fijo	Indefinido	Servicios	Normal	Integral
Sueldo Mensual		Tipo de Nomina	Teléfono Empresa		Celular	Correo electrónico Corporativo				
\$			Ext.							

E-REGISTRO SOCIAL

Inscriba a sus padres y cónyuge, sin limite de edad, y a sus hijos hasta los 25 años que dependan parcial o totalmente de usted. Ellos tendrán derecho a participar en eventos programados por FECOT y a beneficiarse con auxilios de acuerdo con el Reglamento del Fondo de Bienestar. En caso de tener hijos mayores de 25 años, puede inscribirlos como beneficiarios a sus aportes. También forman parte del grupo familiar los hijos mayores de 25 años con invalidez permanente o discapacidad que les impida trabajar, los hermanos huérfanos, discapacitados o menores de 18 años que dependan económicamente del asociado.

N. Esc.= Corresponde al nivel de escolaridad alcanzado por la persona según la siguiente tabla

Nivel de Escolaridad																	
Ninguna	0	Primaria	1	Bachillerato	2	Técnico	3	Tecnología	4	Universitario	5	Maestría	6	Pos doctorado	7	Doctorado	8

Parentesco	No. Identificación	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento	N.Esc.	Dirección	
Padre				D M A			
	Teléfono		Celular	Correo electrónico			
Madre				D M A			
	Teléfono		Celular	Correo electrónico			
Cónyuge				D M A			
	Teléfono		Celular	Correo electrónico			
Hijo (a)				D M A			
	Teléfono		Celular	Correo electrónico			
Hijo (a)				D M A			
	Teléfono		Celular	Correo electrónico			
Hijo (a)				D M A			
	Teléfono		Celular	Correo electrónico			

F-REFERENCIAS						
Referencia Familiar						
Parentesco	Nombres y Apellidos			Dirección	Barrio	Ciudad
Teléfono		Celular		Correo electrónico		

Referencia Personal						
Parentesco	Nombres y Apellidos			Dirección	Barrio	Ciudad
Teléfono		Celular		Correo electrónico		

G-AUTORIZACION PARA CONSULTAR Y REPORTAR A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT para que exclusivamente, con fines estadísticos de control, supervisión y de información interbancaria, reporte a la central de información de la asociación bancaria de entidades financiera de y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos propósitos, el nacimiento, modificación extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o que se lleguen a contraer fruto de contratos financieros del FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT en especial el manejo de contratos de cuentas de ahorro, certificados a termino y demás operaciones de crédito, la presente autorización comprende además el reporte de información referente a la existencia de deudas vencidas y sin cancelar y/o autorización indebida de los servicios financieros por un termino no mayor al momento en el cual se extingue la obligación y en todo caso durante el tiempo de mora, el retardo o el incumplimiento. No solo faculto a FECOT a reportar, procesar y divulgar a la central de información bancaria de Colombia, encargada del manejo de los datos comerciales, personales y económicos, así como solicitar información sobre mis relaciones comerciales con el sistema financieros y cualquier de ellas y que los datos sobre mi reportados sean procesados para el logro del propósito de la(s) central(es) y sean circularizadas con fines comerciales, de conformidad con ello(s) reglamento(s) vigente(s) de la(s) misma(s)

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice

H-AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT, identificado con el NIT 815.004.942-8, para tratar mis datos personales, con la finalidad de desarrollar su objeto social y el vinculo de asociación, contratación ejecución y comercialización de los bienes y servicios.

Que FECOT como empresa responsable del manejo de mis datos personales recolectados, ha manifestado que cualquier cambio o rectificación de la información debo comunicarme al correo electrónico fecot@triada-ema.com o acércame a la oficina ubicada en el municipio de Yumbo-Valle, para atender los requerimientos con su tratamiento y el ejercicio de los derechos establecidos en la constitución y la Ley

Por lo anterior mis datos personales serán utilizados par:

- 1- El desarrollo social del Fondo de FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT con fines asociativos, estatutarios, sociales contractuales, comerciales, de atención al asociado, servicios complementarios, culturales y ambientales.
- 2- Utilizar mis datos que reposen en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 de HABEAS DATA o las normas que la modifiquen o sustituyan y proporcionar mi información a los mismos.
- 3- Realizar invitaciones a eventos, informar sobre las mejoras de productos y servicios o cambios en los mismos y todas aquellas actividades asociadas a la relación asociativa, comercial o vinculo existente con FECOT, o aquel que llegare a tener.
- 4- La realización de análisis de riesgo y cobranza
- 5- Acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier entidad privada o publica como entre otros, los Ministerios, los Departamentos Administrativos, Las Superintendencias, la DIAN, la fiscalía, los Juzgados, tribunales y Altas Cortes.
- 6- Consultar a cualquier entidad promotora de salud EPS para que al momento del suceso de mi muerte, pueda solicitar información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a FECOT copia de toda la información que sea requerida.
- 7- Con plenas facultades otorgo mi consentimiento al Fondo de Empleados de FECOT para tratar mi información personal, de acuerdo con su política de tratamiento de datos personal, y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en su oficina. De igual forma lo autorizo a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o producto, dando aviso previo por medio establecido por el FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT.
- 8- La información suministrada en el formato de actualización de datos suministrado forma parte de la presente autorización y la he suministrado de forma voluntaria y es verídica, así mismo reconozco que los datos que he suministrado en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información,
- 9- Esta autorización es vigente a partir de la firma de este documento y solo podrá ser modificada a través del diligenciamiento de un nuevo formato de actualización de datos.
- 10- Así mismo autorizo al FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT, para enviarme correo electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio con el de suministrarme información respecto a los servicios, beneficios o información general del Fondo de Empleados.

I-DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES ILICITAS

- 1- Declaro que los recursos o bienes descritos en el formato de SOLICITUD DE INGRESO a FECOT proviene de actividades lícitas, de conformidad con la normatividad Colombiana
- 2- Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas del Fondo, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; no efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- 3- Que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de actividades lícitas
- 4- Que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional p bloqueo por actividades de narcotráfico, lavado de activos, o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
- 5- Que en mi contra no se adelanta ningún proceso en instancias nacionales e internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.
- 6- Autorizo a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con FECOT o cualquiera de sus capitulos en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.
- 7- Los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes (Detallar origen: Ocupación, profesión, negocio, actividad, etc)_____
- 8- Autorizo a FECOT, a grabar en cintas magnéticas o en cualquier otro medio de almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones realizadas por mi y los funcionarios o empleados de FECOT, de acuerdo al Decreto 2555 de 2010, de la Superintendencia Financiera de Colombia. Se entiende que la información obtenida es de carácter reservado, pudiendo ser utilizada por FECOT con fines probatorios, absteniéndose de realizar divulgaciones ilícitas o fraudulentas de las mismas o darle a conocer a terceros con fines diferentes a los previstos y expresos con el consentimiento del asociado.

J-COMPROMISO DE PAGO DE CAJA

Me comprometo a pagar por caja o consignación en la cuenta asignada por FECOT los aportes y obligaciones adquiridas con EL FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT, siempre y cuando no se realice el descuento por nomina.

K-AUTORIZACION DE NOTIFICACIONES

Autorizo ser notificado por cualquier medio disponible, sea este correo electronico ,mensaje de texto, llamada a celular o correspondencia física

Como constancia de haber leído y aceptado todo lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Firma del Solicitante

C.C.



Huella

