



SOLICITUD DE MODIFICACIÓN



FECHA DE SOLICITUD

DÍA

MES

AÑO



INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: _____

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. C.E. NÚMERO: _____

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: _____ DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

NACIONALIDAD: _____ GÉNERO: F M ESTADO CIVIL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

DEPARTAMENTO: _____ TELÉFONO RESIDENCIA: _____

CELULAR: _____ EMAIL: _____

GRADO DE ESTUDIO: _____ PROFESIÓN: _____



INFORMACIÓN DE AHORROS (MENSUAL)

OBLIGATORIO: _____ % A LA VISTA: \$ _____ APV: \$ _____

NAVIFECOM: _____ EDUFECOM: \$ _____ OTRO: _____



INFORMACIÓN FINANCIERA

OTROS INGRESOS/MES: \$ _____ CONCEPTO: _____

TOTAL EGRESOS/MES: \$ _____ TOTAL ACTIVO: \$ _____ TOTAL PASIVO: \$ _____

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CONCEPTO: _____

¿ES USTED UNA PEP? (Persona Públicamente Expuesta) SI NO DEFINICIÓN PEP: Persona que ocupa cargos públicos, maneja dinero público o goza de reconocimiento público.



DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

1. Manifiesto que toda la información suministrada a FECOM es verídica y autorizo a la entidad para que la verifique.
2. Estoy informado de mi obligación de actualizar una vez al año la información entregada.
3. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
4. Certifico que los recursos que permiten realizar transacciones con el Fondo tienen origen lícito y provienen de mi actividad económica principal.



AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE NÓMINA Y CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO:

Autorizo a la Empresa Empleadora a deducir de mi nómina el Ahorro Obligatorio y demás ahorros especificados. De igual manera, autorizo que se deduzca el valor de las obligaciones contraídas con **FECOM**, de conformidad con los Artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989, las normas que lo adicionen y modifiquen, en las fechas estipuladas y en las condiciones establecidas en los pagarés o cualquier otro documento que formalice los diferentes contratos realizados entre **FECOM** y yo. Este dinero deberá trasladarse a **FECOM** en las fechas en que se realice la deducción. De igual forma, autorizo al Fondo de Empleados para que directamente o a través de terceros y con fines de información financiera, reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de bases de datos, sobre todas mis operaciones financieras y crediticias, que bajo cualquier modalidad se me otorgue en el futuro.

CONTINUÁ →

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mí, para que suministre a la Compañía Aseguradora, copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria, aún después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de alguna reclamación que afecte los amparos del mismo.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Autorizo a **FECOM** para que mis datos personales sean utilizados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio. De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, incluso biométricos, que son datos sensibles, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM**, con el fin de que sean tratados de acuerdo con los siguientes criterios:

- La finalidad del tratamiento será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento los principios básicos que marca la Ley.
- El **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM** será el responsable del tratamiento de sus datos personales.
- Con el objeto de recibir una atención integral como cliente, los datos personales entregados serán tratados con las siguientes finalidades: propósitos comerciales, información sobre comportamiento y crédito comercial, y gestión contable fiscal y administrativa.

Adicionalmente y en mi calidad de empleado, autorizo a la **Empresa Empleadora** para que mis datos personales sean recolectados, almacenados, consultados, usados y transmitidos a **FECOM**, con la finalidad de: a) resolver consultas sobre mi situación laboral, b) atender consultas sobre la actualización de mis datos personales durante y después de la vigencia de mi relación laboral.

De igual forma, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, aliados estratégicos, intermediarios de seguros y empresas empleadoras, con la finalidad de que sean contactados para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, entre otros.

También autorizo que las comunicaciones e información relacionada con los servicios que llegase a tener con el **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM**, me sean entregados por medios de comunicación válidos (mail, mensaje de texto, escritos, entre otros).

Así mismo, declaro haber sido informado que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM**, a la dirección de correo electrónico fecom@comfenalcoantioquia.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar, o mediante correo postal remitido a la dirección Calle 53 45 - 45, Ed. Palomar, oficina 1001, de la ciudad de Medellín.

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL ASOCIADO _____ HUELLA



INFORMACIÓN DE FECOM

DILIGENCIA PAGARÉ: SI NO DILIGENCIA FUNERARIA: SI NO

RECIBE INFORMACIÓN BONO FECOM Y FONDO DE BIENESTAR SOCIAL SI NO

TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO FIJO _____ SALARIO MENSUAL: \$ _____

AFILIADO ANTERIORMENTE: SI NO FECHA RETIRO: RETIRO POR COMPRA DE VIVIENDA: SI NO

SOLICITUD APROBADA: SI NO MOTIVO: _____



DATOS DE QUIEN REALIZA LA AFILIACIÓN

NOMBRE	CARGO	FIRMA	FECHA		
			D	M	A



VERIFICACIÓN INFORMACIÓN

NOMBRE	CARGO	FIRMA	FECHA		
			D	M	A

FIRMA V.B. FECOM: _____ FECHA: _____