

Tipo de vinculación	Ingreso	Re ingreso	Fecha de diligenciamiento	DD	MM	AA
---------------------	---------	------------	---------------------------	----	----	----

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres:				Apellidos:							
N° Identificación				Tipo de documento		CC	CE	PASS			
Fecha de nacimiento		AAAA	MM	DD	Lugar de nacimiento		Departamento		Municipio		
Dirección de domicilio				Departamento		Municipio		Teléfono (s)		Fijo	Celular
E-mail personal				Sexo			F		M		
Estado civil		Soltero	U. libre	Casado	Separado	Nivel de estudios		Profesión			
		Viudo	Otro. Cual?		Bachiller	Técnico	Tecnólogo				
				Universitario	Posgrado	Doctorado					
Tipo de vivienda		Arrendada	Familiar	Propia	Estrato			Mujer cabeza de familia?		Si	No
Actividad económica		Empleado		Pensionado							

2. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa		Cargo			Ubicación/Localidad (Zona)						
Fecha de vinculación a la empresa		AAAA / MM / DD			Dirección de la empresa		Departamento		Municipio		
Teléfono (s)		Fijo		Ext		Tipo de contrato		Indefinido		Fijo, a que plazo?	E-mail empresarial

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos/ salario mensual		Otros ingresos mensuales			Total ingreso mensual						
Total egreso mensual		Detalle otros ingresos									
Total Activos				Total pasivos							
Realiza operaciones en moneda extranjera		Si	No	Posees cuentas en el exterior?		Si	No	No. de cuenta		Banco	
Ciudad			Moneda		País						
Ejerce Cargo directivo publico?		Si	No	Administra Recursos públicos?		Si	No	Tiene reconocimiento público?		Si	No

CUENTA BANCARIA

Banco	No. Cuenta	Tipo de cuenta
-------	------------	----------------

CUOTA DE APOORTE ORDINARIO

% Mensual	Cuota Mensual	Periodicidad
-----------	---------------	--------------

4. REFERENCIAS (1 PERSONAL - 1 FAMILIAR)

Nombre	Parentesco	Dirección	Ciudad	Teléfono

5. INSCRIPCIÓN BENEFICIARIOS FONDO MUTUAL


Plan Integral plus () 1.2% S]	Plan integral familiar () 2,75% SMMLV	Plan integral oro () 2,94% SMMLV
-----------------------------------	---	--------------------------------------

Tipo ID	No. Identificación	Nombres y apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo
					F M
					F M
					F M
					F M
					F M
					F M

Valor del plan :	Valor adicionales (0,399% SMMLV X persona):	Valor total:
------------------	---	--------------

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas por la Ley.

FIRMA Y HUELLA

Firma	
Nombre	
No. de identificación	

Con la presente firma, se da fe y constancia de la aceptación y entendimiento de cada uno de los puntos que trae el presente formato de asociación a Fegoccidente.

1. AUTORIZACIÓN DESCUENTO POR NOMINA

Autorizo en forma expresa, permanente e irrevocable a _____ para que de mi salario, compensación y/o pensión o de cualquier pago realizado por el empleador, se efectúe la deducción y retención por nómina de los valores que por todo concepto le adeude al FONDO DE EMPLEADOS DE GASES DE OCCIDENTE "FEGOCCIDENTE".

El descuento que AUTORIZO podrá realizarse de incapacidades, licencia de maternidad, de paternidad y/o vacaciones, en los eventos en que me encuentre disfrutando de los mismos.

Igualmente, AUTORIZO para que el saldo que se encuentre a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE GASES DE OCCIDENTE "FEGOCCIDENTE" al momento de mi desvinculación laboral, sea descontado del valor de mi salario, cesantías, intereses de cesantías, primas de servicio, vacaciones, bonificaciones, auxilio de transporte, indemnización por despido, suma conciliatoria, comisiones, auxilios o beneficios extralegales, horas extras, recargos nocturnos dominicales o festivos, y en general cualquier concepto que deba cancelarme la empresa al momento de mi desvinculación.

2. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE GASES DE OCCIDENTE "FEGOCCIDENTE" a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo y a cualquier entidad que maneje bancos de datos, toda la información de cualquier tipo de obligación contraída hasta la fecha o que se contraiga en adelante relativa a mi persona.

Así mismo, autorizo expresa e irrevocablemente al FONDO DE EMPLEADOS DE GASES DE OCCIDENTE "FEGOCCIDENTE" verificar todos los antecedentes referentes a mi comportamiento frente al sector financiero, hábitos comerciales, manejo de cuenta (s) bancarias y, en general, frente al cumplimiento de obligaciones.

Manifiesto (amos) que conozco (emos) y acepto (amos) que los reportes negativos que FEGOCCIDENTE realice a las centrales de información financiera o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines puede generar consecuencias negativas a mi(nuestro) acceso a créditos y demás servicios financieros.

Declaro que he leído y comprendido a cabalidad el contenido de la presente autorización y acepto la finalidad en ella descrita y las consecuencias y alcances que se derivan de la misma.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que mis recursos tienen un origen lícito y vienen de la actividad económica descrita en el presente formulario, y que mi ocupación económica se desarrolla dentro del marco legal y normativo correspondiente. Adicionalmente declaro que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de actividades lícitas y que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional o bloqueado por actividades de narcotráfico o lavado de activos.

4. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera libre, previa, voluntaria, explícita, informada e inequívoca a FEGOCCIDENTE, para recolectar, registrar, procesar, difundir, compilar, intercambiar, actualizar, consultar en bases de datos y disponer de mis datos personales en desarrollo de las funciones propias del Fondo de Empleados en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de ahorro, crédito y bienestar, así como para fines administrativos, comerciales y de publicidad.

De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, con la finalidad específica de:

FEGOCCIDENTE declara que protege los datos suministrados por sus clientes en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y me informa que me asisten los siguientes derechos:

1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales.
2. Verificar la autorización otorgada.
3. Ser informado acerca del uso que se le ha dado a sus datos personales.
4. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio las quejas que considere.
5. Revocar la autorización y solicitar la eliminación de algún dato cuando considere que no se le han respetado sus derechos.
6. Acceder en forma gratuita a los datos personales que voluntariamente, y a través de este formato, decide compartir con FEGOCCIDENTE.

Autorizo también el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales.

De igual forma, tengo claro que las políticas de privacidad y tratamiento de los datos personales están disponibles en <http://fegoccidente.gases.com/nosotros> en la pestaña "Normatividad" y que cualquier inquietud, solicitud, petición, queja o reclamo puede ser tramitado a través del correo electrónico fegoccidente@gdo.com.co

5. ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Como asociado me obligo a mantener informado y actualizado a FEGOCCIDENTE de manera oportuna, sobre cualquier cambio en los datos, cifras y demás información suministrada, así como a entregar al FONDO la totalidad de los soportes documentales exigidos y actualizando dicha información con una periodicidad mínima anual, de conformidad con las normas legales.

6. REGLAMENTO PARA OPERACIONES ELECTRÓNICAS

1. PRIMERA. DEFINICIONES: Operaciones electrónicas: Es el conjunto de procedimientos tales como: Solicitud de extractos, simulación de créditos, simulación de ahorro y servicio en línea en general, que puede realizar una persona después de ingresar a la página de FEGOCCIDENTE (<http://fegoccidente.gases.com>) y digitar su usuario y clave privada. Servicios en línea: Son las operaciones relacionadas con vinculación, solicitud de ahorro especial, modificación de aportes y ahorro especial, solicitud auxilio educativo, solicitud auxilio bienestar y solicitud de crédito.

2. SEGUNDA. OBJETO: Este reglamento se aplicará a la realización de operaciones electrónicas que los Asociados de FEGOCCIDENTE realicen a través de las alternativas que éste implemente.

3. TERCERA. LA CLAVE Y SU UTILIZACIÓN: Previamente a la realización de cualquier transacción o consulta, FEGOCCIDENTE asignará al Asociado una clave privada que se le entregará personalmente, la cual le permitirá realizar las consultas, actualizaciones y operaciones. El Asociado será el único responsable de la utilización de su clave privada y no podrá cederla a terceras personas o hacerse sustituir en la relación con FEGOCCIDENTE.

4. CUARTA. COMPROBANTES: El Asociado acepta como prueba de las operaciones electrónicas realizadas u ordenadas, los registros electrónicos del sistema por efecto de digitar su clave privada. Tales registros constituirán prueba de las operaciones electrónicas realizadas y de las autorizaciones de descuento por novedades de nómina.

5. QUINTA. COMPROMISO CONTRACTUAL: La sola utilización de la clave privada es prueba suficiente del conocimiento de este Reglamento de Operaciones Electrónicas con FEGOCCIDENTE y de su aceptación.


6. SEXTA. SITUACIONES QUE DEBEN SER INFORMADAS POR EL ASOCIADO A FEGOCCIDENTE:

- a) En caso de pérdida, olvido o conocimiento de terceros de la clave privada.
- b) El Asociado deberá contactar inmediatamente a FEGOCCIDENTE por cualquier problema en la ejecución de una orden electrónica o en la confirmación de la misma y avisar cuando le aparezca ejecutada alguna operación que no fue solicitada.

7. AUTORIZACIÓN DEBITO AUTOMÁTICO - SOLO PARA PENSIONADOS

Autorizo a Fegoccidente debitar de mi cuenta ahorro _____ Corriente _____ No. _____ del Banco _____ el valor de la cuota correspondiente a los aportes, ahorros, créditos y pólizas y demás servicios adquiridos con Fegoccidente en mi calidad de asociado y según lo dispuesto en Estatuto Social y reglamentaciones vigentes.

FIRMA Y HUELLA

Firma	
Nombre	
No. de identificación	

Con la presente firma, se da fe y constancia de la aceptación y entendimiento de cada uno de los puntos que trae el presente formato de asociación a Fegoccidente.

USO EXCLUSIVO PARA FEGOCCIDENTE

ASESOR:	VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:	FECHA			HORA	Nombre y firma de quien Confirma:
		DD	MM	AAAA		

Observaciones:

Nombre y firma de quien aprueba	Fecha de aprobación
VoBo Oficial de cumplimiento	Fecha

REQUISITOS: Fotocopia de cedula de ciudadanía. Realizó curso de economía solidaria: SI NO