

*Favor diligenciar toda la Información*

OFICINA:  VINCULACIÓN  ACTUALIZACIÓN

**I. INFORMACIÓN BÁSICA**

TIPO DOCUMENTO		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO		
CC <input type="checkbox"/>	PT <input type="checkbox"/>	NUMERO DOCUMENTO	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	FECHA DE EXPEDICION
CE <input type="checkbox"/>	TI <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D   D   M   M   A   A   A   A
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NACIONALIDAD
D   D   M   M   A   A   A   A		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESTADO CIVIL			Es usted Madre cabeza de familia	TIPO DE VIVIENDA
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Fliar <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA / BARRIO		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELÉFONO RESIDENCIA	ESTRATO	PERSONAS A CARGO	CELULAR	E-MAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OCUPACIÓN:		POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>				
ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		No. CUENTA NOMINA	BANCO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ACTIVIDAD ECONOMICA:		CIIU	<input type="text"/>	
ASALARIADO <input type="text"/>		0010	<input type="text"/>	

**MARQUE CON UNA (X) A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

1. ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI  NO

2. ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI  NO

3. ¿Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI  NO

**II. INFORMACION ACADÉMICA**

NIVEL DE ESTUDIOS	Título Obtenido: <input type="text"/>			
Primaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnológico <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/> Post-Grado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? <input type="text"/>

**III. INFORMACION LABORAL**

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA	TELÉFONO EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPRESA
FORTOX SA	4874747	8010 SEGURIDAD PRIVADA
NÚMERO DE NIT DE LA EMPRESA	CARGO QUE OCUPA	FECHA INGRESO (FECHA ULTIMO CONTRATO)
860.046.201-2	<input type="text"/>	D   D   M   M   A   A   A   A
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
AV 5CN 47N 22	VALLE	CALI

**V. REFERENCIAS PERSONALES (No Familiar)**

NOMBRE Y APELLIDO	TELEFONO	CELULAR	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VI. REFERENCIAS FAMILIARES (Que No Vivan con usted)**

NOMBRE Y APELLIDO	TELEFONO	CELULAR	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VII. INFORMACIÓN FINANCIERA**

INGRESOS MENSUALES DE ACTIVIDAD PRINCIPAL	OTROS INGRESOS**	EGRESOS MENSUALES
\$ <input type="text"/>	\$ Especificar: <input type="text"/>	\$ Especificar: <input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	

**VIII. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

Realiza transacciones en Moneda Extranjera	¿CUALES?	Posee cuentas en Moneda Extranjera
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI POSEE CUENTA ESPECIFIQUE	BANCO O ENTIDAD	NÚMERO DE CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	CIUDAD	PAIS
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MONEDA
		<input type="text"/>

**IX. BENEFICIARIOS**

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	ESTUDIA Primaria (P) Secundaria (S) Universitario (U) ó Sin Estudio (SE)	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Discapacitado
	DD / MM / AA				
	DD / MM / AA				
	DD / MM / AA				
	DD / MM / AA				
	DD / MM / AA				
	DD / MM / AA				

**X. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS**

**AUTORIZACIONES GENERALES:** Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE FORTOX (en adelante "FEIS"), o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se relacione con mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo.

Así mismo, me obligo a cumplir y respetar los Reglamentos y los Estatutos del Fondo de Empleados de Fortox, en cuanto a deberes y obligaciones de los Asociados; así como las disposiciones y decisiones, que correspondan a la Asamblea General y a la Junta Directiva del FEIS.

En este sentido, de manera expresa autorizo a **Fortox S.A.**, en calidad de Empleador para que descuente de mi salario y/o de liquidación final que me pueda corresponder por salarios, descansos, prestaciones sociales, indemnizaciones y en general de toda acreencia laboral que resulte a mi favor una vez terminado mi contrato de trabajo por cualquier causa; así como al Feis para que descuente de mis aportes, ahorros permanentes y/o de cualquier otro valor adicional que se encuentre a mi favor o que me implique ser acreedor ante el FEIS, conforme a las leyes colombianas que regulan los fondos de empleados, a los estatutos y reglamentos del FEIS, aprobados por la Asamblea y/o la Junta Directiva.

Manifiesto que he sido informado de que los documentos que expida el FEIS, en los cuales consten valores de descuentos por cualquier causa, cuotas que sean aprobadas por el mismo en virtud de mi afiliación y aceptación de las condiciones establecidas por el Fondo harán parte integrante del presente acuerdo. También he sido informado que puedo consultar el extracto detallado de mis créditos y ahorro a través de la página web: [www.feisfortox.com](http://www.feisfortox.com)

Con esta solicitud de ingreso declaro que mi cuota de ahorro quincenal será:

\$

Autorizo que en caso de fallecimiento, mis ahorros, auxilios y demás beneficios a los que tenga derecho, sean entregados de conformidad con la normatividad legal vigente. (El valor asignado a cada uno de los beneficiarios debe sumar el total del 100%) y bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación de cualquier tipo con FEIS o con quien represente sus derechos.

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Identificación	Parentesco	%
	DD / MM / AA	CC_ CE_ TI_ PT_ No.		
	DD / MM / AA	CC_ CE_ TI_ PT_ No.		
	DD / MM / AA	CC_ CE_ TI_ PT_ No.		

Con la firma del presente documento, el FEIS queda facultado de manera previa, expresa, informada y explícita, para que en concordancia con la Ley 1581 de 2012 y con el Decreto 1377 de 2013 realice el uso y tratamiento de mis datos personales y de los de mi grupo familiar, especialmente en el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio; además para solicitarle a Fortox información sobre mi salario y demás beneficios económicos a los que tenga derecho.

**DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS.** Para dar cumplimiento a la información solicitada y en atención al artículo 102 y subsiguientes del estatuto financiero y la normatividad aplicable en materia de prevención del lavado de activos y la financiación del terrorismo expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria como norma que deben adoptar las entidades sometidas a su vigilancia y control, declaro que:

- Mis ingresos y bienes no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- En caso de requerimiento por parte del FEIS o de algún organismo de investigación, vigilancia y control del Estado, estoy dispuesto a suministrar los soportes requeridos que evidencian el origen o destino de mis recursos.
- Eximo al FEIS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de la violación del mismo.
- Estoy enterado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite el FEIS por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.

NOMBRE	FIRMA	HUELLA INDICE DERECHO
<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
No DOCUMENTO		
FECHA DILIGENCIAMIENTO		

**ESPACIO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS**

NOMBRE DE QUIÉN REALIZÓ LA VISITA O ENTREVISTA:	CARGO	FECHA
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	D D M M A A A A
LUGAR ENTREVISTA:	FIRMA:	OBSERVACIONES:
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
NOMBRE DE RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACION:	FIRMA:	
<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 250px; height: 20px;" type="text"/>	