

CIUDAD	FECHA DE SOLICITUD DD MM AA	TIPO DE SOLICITUD Ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>
--------	--------------------------------	--

INFORMACIÓN PERSONAL				
TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DEL DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN
CC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		DD MM AA	Departamento: Municipio:	DD MM AA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE COMPLETO		
SEXO CON EL QUE TE IDENTIFICAS M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>	LUGAR DE NACIMIENTO	Departamento: Municipio:	NACIONALIDAD Colombiana <input type="checkbox"/> Otra: _____	
ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>	TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	PERSONAS A CARGO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN RESIDENCIA	BARRIO	ESTRATO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
¿POSEE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
NÚMERO DE CUENTA DE NÓMINA		BANCO		

MARQUE CON UNA (X) A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	
1. ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE	
Nombre completo _____	Cel. _____ Correo electrónico _____ No aplica <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN ACADÉMICA			
NIVEL DE ESTUDIOS Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	TÍTULO OBTENIDO		
INFORMACIÓN LABORAL			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA FORTOX SA	TELÉFONO DE LA EMPRESA (602) 4874747	ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA 8010 SEGURIDAD PRIVADA	
NÚMERO DE NIT DE LA EMPRESA 860.046.201-2	CARGO QUE OCUPA	FECHA DE INGRESO DD / MM / AA	TIPO DE CONTRATO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA AV 5CN 47N 22	DEPARTAMENTO VALLE	MUNICIPIO CALI	

REFERENCIAS PERSONALES (No familiar)		
NOMBRES Y APELLIDOS	CELULAR	PARENTESCO
REFERENCIAS FAMILIARES (Que no viva con usted)		
NOMBRES Y APELLIDOS	CELULAR	PARENTESCO

INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES (Salario)	OTROS INGRESOS	EGRESOS MENSUALES (Gastos del mes)	TOTAL PASIVOS (Deudas)
\$	\$	\$	\$
TOTAL DE ACTIVOS (La suma del valor de tu vehículo, casa, apto, lote, otros)		TOTAL PATRIMONIO (Total activos - total pasivos)	
\$		\$	

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA				
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA?		¿CUÁLES?	¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
SI POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA ESPECIFIQUE				
NÚMERO DE CUENTA	MONEDA	BANCO O ENTIDAD	CIUDAD	PAÍS

BENEFICIARIOS: Cónyuge e hijos menores de 25 años. Si eres soltero pon a tus padres				
NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	¿ES DISCAPACITADO?
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

### AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

**AUTORIZACIONES GENERALES:** Autorizo de manera expresa e irrevocable al FEIS, FONDO DE EMPLEADOS DE FORTOX, 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 estatutos del Fondo de Empleados de Fortox, en cuanto a deberes y obligaciones de los Asociados; así como las disposiciones y decisiones, que corresponda 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 descuento 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 descuento 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 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 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 ahorros a través de la página web: www.feisfortox.com

Autorizo que se haga uso y tratamiento de mis derechos de imagen y los de mi familia para incluirlos en fotografías y/o material audiovisual corporativo de FEIS. Igualmente, autorizo que se tramite para los servicios virtuales de FEIS que así lo tengan estipulado, mi firma electrónica.

Con esta solicitud de ingreso declaro que mi cuota periódica obligatoria (aportes y 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.

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%
		Ti <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N° <input type="text"/>		
		Ti <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N° <input type="text"/>		
		Ti <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N° <input type="text"/>		

Con la firma del presente documento, Feis queda facultado de manera previa, expresa, informada y explícita, para que en concordancia con la ley 1581 de 2012 y con el Derecho 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 Feis 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 COMPLETO Y APELLIDOS	FIRMA	HUELLA INDICE DERECHO
N° DE DOCUMENTO		
		Aplica para firma manuscrita

Por constancia firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica o firma manuscrita.

ESPACIO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS		
NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VINCULACIÓN	CARGO	LUGAR
NOMBRE DE RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	CARGO	FECHA
		DD MM AA
OBSERVACIONES		