



NIT. 800172362

Calle 44 Norte N° 4N-93  www.feisfortox.com

# FORMATO DE VINCULACIÓN

FORTOX SECURITY TECNOLOGÍA LTDA

|        |                    |                                                                     |
|--------|--------------------|---------------------------------------------------------------------|
| CIUDAD | FECHA DE SOLICITUD | TIPO DE SOLICITUD                                                   |
|        | DD MM AA           | 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"/><br>CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>                                                                                   |                      | DD MM AA                                                                                            | Departamento:<br>Municipio:                                    | DD MM AA            |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                        |                      | SEGUNDO APELLIDO                                                                                    |                                                                | NOMBRE COMPLETO     |
|                                                                                                                                                                                                        |                      |                                                                                                     |                                                                |                     |
| SEXO CON EL QUE TE IDENTIFICAS                                                                                                                                                                         |                      | LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                 | NACIONALIDAD                                                   |                     |
| M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |                      | Departamento:<br>Municipio:                                                                         | Colombiana <input type="checkbox"/> Otra: <input type="text"/> |                     |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                           |                      | TIPO DE VIVIENDA                                                                                    | PERSONAS A CARGO                                               | CELULAR             |
| Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/><br>Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>                              |                      | Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> |                                                                |                     |
| 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"/>                                                                               |                      |                                                                                                     |                                                                |                     |
| 2.¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento 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"/>                                                           |                      |                                                                                                     |                                                                |                     |
| INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE                                                                                                                                                                                |                      |                                                                                                     |                                                                |                     |
| Nombre completo _____ Cel. _____ Correo electrónico _____ No aplica <input type="checkbox"/>                                                                                                           |                      |                                                                                                     |                                                                |                     |

| INFORMACIÓN ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                   |  |                        |                                                    |                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| NIVEL DE ESTUDIOS                                                                                                                                                                                                                                       |  |                        |                                                    | TÍTULO OBTENIDO                                                   |
| 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"/> |  |                        |                                                    |                                                                   |
| INFORMACIÓN LABORAL                                                                                                                                                                                                                                     |  |                        |                                                    |                                                                   |
| NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA                                                                                                                                                                                                                       |  | TELÉFONO DE LA EMPRESA | ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA                  |                                                                   |
| FORTOX SECURITY TECNOLOGÍA LIMITADA                                                                                                                                                                                                                     |  | (602) 4874747          | 4690 COMERCIO AL POR MAYOR Y MENOR NO ESPECIFICADO |                                                                   |
| NÚMERO DE NIT DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                             |  | CARGO QUE OCUPA        | FECHA DE INGRESO                                   | TIPO DE CONTRATO                                                  |
| 805003469                                                                                                                                                                                                                                               |  |                        | DD / MM / AA                                       | INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> |
| DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                         |  | DEPARTAMENTO           |                                                    | MUNICIPIO                                                         |
| AV 5CN 47N 22                                                                                                                                                                                                                                           |  | VALLE                  |                                                    | 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 Security Tecnología Limitada**, 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](http://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.

**Los beneficiarios deben ser mayores de edad.**

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

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                                              |       |          |
|                                                            |       |          |