



# SOLICITUD DE ADMISIÓN

Código: A - 008

Versión: 01

Fecha de Aprobación: 01/06/2021

Página: 1 de 2

VIGILADO Superintendencia

Fecha de diligenciamiento  D  M  ATipo de vinculación:  Corrientes  Pensionado  Por extensión

La solicitud debe ser diligenciada en letra imprenta con tinta negra, sin enmendaduras ni tachones.

## INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No.		Lugar de nacimiento (ciudad/pais)				
Lugar de Expedición (Ciudad)		Fecha de Expedición <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A		Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad	Nacionalidad
¿Pertenece a algún grupo étnico? Indique cuál: Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> ROM (Gitano) <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>								
Teléfono Celular		Correo Electrónico personal		Correo electrónico empresarial		Teléfono Residencia Actual (Fijo)		
Personas a Cargo Adultos _____ Menores de 18 años _____		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>				¿Mujer/Hombre cabeza de familia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Nivel Académico Doctorado <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>								
Vivienda Arrendada <input type="checkbox"/> Nombre arrendatario _____ Teléfono arrendatario _____		Familiar <input type="checkbox"/> Nombre familiar _____ Prentesco _____ Teléfono familiar _____		Estrato 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		Dirección Residencial Actual _____		
Inmueble con hipoteca <input type="checkbox"/> Banco _____		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A Fecha de vencimiento		Propia <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>				
Nombre de la Empresa y sede en la que labora				Tipo de Contrato		Salario \$		
Barrio		Ciudad		Departamento		Dirección		
Cargo		Fecha de Vinculación a la Empresa Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>			Teléfono - Ext.			
Otros ingresos SI <input type="checkbox"/> \$ _____ NO <input type="checkbox"/> Proviene de:								
Porcentaje (%) de aporte mensual Sobre mi salario (mínimo 5%, máximo 10%) %			Cuenta de nómina No.			Banco		
¿Administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Es persona PEPS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona cosiderada públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Actividad Económica			Código CIU		

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal		Otros ingresos (Especificar)		Otros ingresos (\$)	
Egresos Mensuales (\$)		Total Activos (\$)		Total Pasivos (\$)	

## OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?		Otros ingresos (Especificar)		Posee cuenta en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Si posee cuenta especifique		Banco _____		No. de Cuenta _____		Moneda _____	
		Ciudad _____		Pais _____			

## INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No.		Parentesco		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A		Correo Electrónico				Teléfono celular	
Depende económicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Profesión u oficio			Nivel de Escolaridad		
Actividad económica Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Depende económicamente <input type="checkbox"/>					
En caso de muerte declaro y designo como <b>BENEFICIARIO</b> de mis aportes: SI <input type="checkbox"/> _____% NO <input type="checkbox"/>							



Declaro expresamente que me someto voluntariamente a los Estatutos y Reglamentos del Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali, como también a cancelar oportunamente las obligaciones que adquiera, por lo que autorizo al pagador de la empresa a la cual presto mis servicios, deducir periódicamente de mi salario la suma por conceptos de aportes y ahorros permanentes, cuotas por servicios recibidos, abonos en cuenta y/o abonos extraordinarios que me corresponden como asociado activo del Fondo de Empleados y que el empleador suministre la información sobre mi salario y prestaciones. Igualmente autorizo para que en el momento de mi retiro, sean deducidos de las prestaciones sociales legales y extralegales, indemnizaciones, bonificaciones, cesantías, salarios o descansos a los que tenga derecho, cualquier saldo a favor del Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali.

Los aportes y los ahorros quedan afectados desde su origen a favor del Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali como garantía de las obligaciones que el asociado contraiga con este, para lo cual el Fondo podrá efectuar las efectivas compensaciones. Tales sumas son inembargables y no podrán ser gravadas ni transferidas a otros asociados o a terceros. (art. 16 Decreto 1481 de julio de 1989).

Declaro que: (i) la información suministrada es verídica y autorizo al Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali para que la verifique; (ii) mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal; (iii) estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice; (iv) autorizo al Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali para que consulte y reporte mi información a las centrales de riesgo; (v) autorizo de manera expresa e inequívoca al Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali - FECCC para recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y, en general, utilizar mis datos personales en el desarrollo de las funciones propias del Fondo, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a mí como asociado.

HUELLA



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO

Derechos que le asisten como titular de datos personales: conocer, actualizar (1 vez al año) y rectificar sus datos personales, ser informado sobre el uso que se les ha dado, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder a los mismos, de acuerdo a lo establecido en el manual de tratamiento de datos personales publicado en [http://www.fondoccc.com/wp.content/files/Manual\\_tratamiento\\_datos\\_personales\\_FECCC.pdf](http://www.fondoccc.com/wp.content/files/Manual_tratamiento_datos_personales_FECCC.pdf). Responsable del tratamiento: Fondo de Empleados de la Cámara de Comercio de Cali. Correo electrónico: [habeasdatafeccc@ccc.org.co](mailto:habeasdatafeccc@ccc.org.co). Teléfono: 2-8861306. Dirección: Calle 8 No. 3-14 piso 12 Cali. Valle.

Para uso exclusivo del Fondo de Empleados de la cámara de Comercio de Cali

SI

NO

Fecha de ingreso

Observaciones:

Ingreso aprobado en Junta Directiva de:

Firma empleado que consulta en listas restrictivas y confirma información de esta solicitud: