

FONDO DE EMPLEADOS FENCRECER
NIT: 830.076.566-4
FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DIRECTO



CIUDAD			
FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AA

Ingreso ☐
 Actualización ☐

VERSION	CODIGO	ELABORACION
3.0		23/06/2020

INFORMACION GENERAL												
TIPO DE DOCUMENTO	T.J. ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	No.	EXP. EN	F. EXP.	DD	MM	AA			
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRES				
SEXO	F. ☐	M. ☐	FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	LUGAR DE NACIMIENTO	EST. CIVIL:	CASADO ☐	U. LIB. RE. ☐	SOLTERO ☐	VIUDO ☐
Dir. Residencial				Ciudad				Tel. residencia	No. Celular			
ESTRATO				MADRE CABEZA DE FAMILIA				CORREO ELECTRONICO 1				
				SI ☐	NO ☐	CORREO ELECTRONICO 2						

INFORMACION LABORAL											
EMPRESA				FECHA DE INGRESO	DD	MM	AA	DEPENDENCIA	CARGO		
CIUDAD				DIR. OFICINA				TEL. OFICINA	EXT.		

INFORMACION FAMILIAR				INFORMACION ACADEMICA			
Tiene Hijos? NO ☐	*SI ☐	BACHILLER ☐	TECNOLOGO ☐	UNIVERSITARIO ☐	MAESTRIA/ESPECIALIZACION ☐		
*Cuantos? _____		Cual _____		Cual _____	Cual _____		

INFORMACION FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES	\$ _____	EGRESOS MENSUALES	\$ _____	TOTAL ACTIVOS	\$ _____		
TOTAL PASIVOS	\$ _____	SALARIO	\$ _____	REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA*			

CUENTA BANCARIA	AHORROS ☐ CORRIENTE ☐ BANCO _____ No _____			SI ☐ NO ☐
				Cuales _____

VIVIENDA	CASA ☐ APARTAMENTO ☐	TIPO	PROPIA ☐ ARRENDADA ☐ FAMILIAR ☐ OTRO ☐ CUAL _____
----------	--	------	---

VEHICULO	Carro ☐ Moto ☐ Otro ☐	PLACA _____ MODELO _____	POLIZA	PRENDA A FAVOR DE:
	Cual _____	MARCA _____	SI ☐ NO ☐	

VEHICULO	Carro ☐ Moto ☐ Otro ☐	PLACA _____ MODELO _____	POLIZA	PRENDA A FAVOR DE:
	Cual _____	MARCA _____	SI ☐ NO ☐	

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:			
NOMBRE	PARENTESCO	TELEFONO FIJO	CELULAR

EN CASO DE FALLECIMIENTO LOS BENEFICIARIOS DE MIS AHORROS Y APORTES SERAN			
NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	PORCENTAJE %
		Tipo de Documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ N.	
		Tipo de Documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ N.	
		Tipo de Documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ N.	
		Tipo de Documento CC ☐ TI ☐ CE ☐ N.	

*Para el registro de hijos en la base de datos de FENCRECER, es necesario enviar el(los) registro(s) civil(es) al correo cartera@fencrecer.co.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DIRECTO Y AUTORIZACIONES EXPRESAS

Yo _____ identificado con C.C. _____ expedida en _____ AUTORIZO al PAGADOR de _____ o donde llegare a laborar o prestar mis servicios así como a la EPS o ARL que cancele mis ingresos, en forma expresa e irrevocable para que en los términos del Artículo 144 Ley 79 de 1988, Artículo 55, 56 y 57 del Decreto Ley 1482 de 1989, Artículo 10 de la Ley 1392

FONDO DE EMPLEADOS FENCRECER**NIT: 830.076.566-4****FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DIRECTO**

de 2010, Artículo 156 del Código sustantivo del trabajo, Artículo 411 del Código Civil, Ley 920 de 2004, Artículo 58 y 333 de C.P y Ley 1902 de 2018, sea retenido, descontado y entregado a FENCRECER del salario mensual o mesada pensional que devengo: 1) para mi ahorro permanente la suma que corresponde a _____ como cuota periódica cuyo valor se dividirá así: 50% ahorro permanente y 50% será aportes sociales. Adicional deseo realizar un ahorro voluntario por lo cual autoriza también se me descuente el valor de _____; 2) Las sumas de dinero que en cualquier tiempo y por cualquier concepto adeude a FENCRECER y que estén autorizadas previamente; 3) Autorizo en forma indivisible, irrevocable, incondicional e ininterrumpida al Pagador, Fondo de Cesantías, ARL, EPS, fondo de pensiones, o la entidad correspondiente para que en caso de mi retiro de FENCRECER o de la empresa donde me encuentre prestando mis servicios por cualquier motivo, que se me descuente de mi salario, pensiones, vacaciones, prestaciones sociales, legales y extralegales incluyendo viáticos, comisiones, subsidios, cesantías e intereses sobre las cesantías, bonificaciones, horas extras, recargos, indemnizaciones, liquidaciones o cualquier otro emolumento que me corresponda por la prestación de mis labores o servicios, las sumas de dinero que en cualquier tiempo y por cualquier concepto adeude a FENCRECER.

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PAGOS

En la presente autorización de descuento directo otorgo autorización amplia y suficiente a FENCRECER, para que realice por mi cuenta todos los pagos a terceros con quienes yo haya adquirido cualquier tipo de obligación. Se expide esta autorización en cumplimiento de lo indicado en el numeral a. del artículo 10. Del Decreto 449, reglamentario del numeral 11, artículo 879 del Estatuto tributario.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Le informamos que, de acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, le informamos que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS FENCRECER, serán recogidos en una base de datos con la finalidad arriba señalada. Dicha base de datos se conservará y administrará bajo responsabilidad de FENCRECER, o los terceros que para tal fin se designen, por un término no inferior a cinco (5) años. La base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos.

Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad:

- Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, concursos, para facilitarle el acceso general a la información de éstos.
- Proveer nuestros servicios;
- Informar sobre nuevos servicios dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes, proveedores y empleados;
- Informar sobre cambios de nuestros servicios;
- Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos.
- La prevención y control de lavado de activos y la financiación del terrorismo, en los términos que se refiere el capítulo XVII de la circular básica jurídica de la superintendencia de Economía Solidaria.

Con la aceptación, el titular autoriza el tratamiento de sus datos para la finalidad mencionada y reconoce que los datos suministrados en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información, quedando informado que la falsedad u omisión de algún dato supondrá la imposibilidad de prestar correctamente el servicio.

Debe tener presente, la posibilidad que tiene de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo una comunicación escrita al responsable de tratamiento a la dirección de correo electrónico administrativo@fencrecer.co o mediante correo ordinario remitido a **Calle 81 # 11-94 Centro Comercial El Retiro** con los siguientes datos: nombre y apellidos, domicilio a efectos de notificaciones, petición en que se concreta la solicitud, fecha, firma de la persona interesada. Para su comodidad, puede ejercer estos mismos derechos a través del sitio web de FENCRECER: www.fencrecer.co

En señal de aceptación de lo anterior, consiento y autorizo que mis datos personales y la de los niños, niñas y adolescentes que estén impresos en este formulario o los que llegare a suscribir de mis hijos menores para la prestación de los servicios de FENCRECER, sean tratados conforme a lo previsto en la presente autorización.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales y en especial a lo contemplado en la Circular Básica y Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, DECLARO de manera voluntaria y dando certeza que todo lo consignado es cierto, que:

1. Los dineros y recursos entregados a FENCRECER provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad económica, negocio, etc.): _____
2. Los dineros y recursos entregados a FENCRECER no provienen de actividades ilícitas, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.
3. Los dineros y recursos recibidos de FENCRECER no serán destinados a fines ilícitos, de conformidad con lo establecido en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique.
4. Autorizo a FENCRECER para que cancele, salde o dé por terminado todas las operaciones, negocios o contratos, en el caso de cualquier infracción cometida por los numerales anteriores, eximiendo a FENCRECER de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de violación en el mismo.

INFORMACIÓN PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA (PEP)

La Superintendencia de Economía Solidaria a través de la Circular Externa No. 4, para el Sistema de Administración del Riesgo del Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo **SARLAFT**, declaro:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? | SI | No |
| 2. ¿Tiene o goza de reconocimiento público? | SI | No |
| 3. ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016? | SI | No |

FONDO DE EMPLEADOS FENCRECER

NIT: 830.076.566-4

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DIRECTO



4. ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI No
5. ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI No
6. ¿Posee cuentas en el extranjero? SI No

Persona Expuesta Públicamente (PEP): Las personas expuestas públicamente – conforme (Decreto 1674 de 2016). – ii) Los representantes legales de organizaciones internacionales y iii) las personas que gozan de reconocimiento público. Se entiende por persona políticamente expuesta (Decreto 1674 de 2016) los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales y funcionarios importantes de partidos políticos.

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA E INCLUSIÓN DE DATOS FINANCIEROS A LA CENTRAL DE RIESGOS.

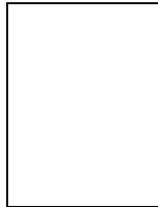
Autorizo de manera expresa e irrevocable a FENCRECER o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor a: consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgos. De acuerdo con lo dispuesto en la LEY DE HABEAS DATA, conozco y acepto que por la obligación que tiene FENCRECER, reportara a dichas entidades la información crediticia en forma mensual.

AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA Y RECIBIR INFORMACIÓN

Yo _____ identificado con C.C. No. _____ de _____; autorizo, permito y acepto, a través de mi firma, y a la fecha, él envió de información, notificaciones y/o comunicación oficial de FENCRECER, tales como información comercial, información de servicios, estados de cuenta, comunicaciones de cobro, recordatorio de cumplimiento de obligaciones, citaciones a Asamblea General y demás que fuese pertinente por la relación como asociado de FENCRECER, a la siguiente dirección de correo electrónico personal _____ de la cual declaro que soy el usuario, siendo responsable por mantener y conservar la disponibilidad para recepción de mensajes de correo electrónico por parte de FENCRECER, así mismo declaro que cualquier tipo de comunicación realizada por FENCRECER a través de medios electrónicos conserva la misma confiabilidad, trazabilidad y validez jurídica probatoria que los envíos realizados por medios físicos.

AUTORIZACION DE GEOREFERENCIACION

Autorizo de manera expresa e irrevocable a FENCRECER o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor a: consultar, solicitar, suministrar, procesar; la información que se refiere a mi georreferenciación, tanto mi ubicación laboral como de domicilio, de igual manera, autorizo a FENCRECER a solicitar de mi compañía el certificado laboral y fotocopia del documento de identidad con el fin de dar cumplimiento a los requisitos de afiliación.



FIRMA

Huella

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FENCRECER

INFORMACIÓN ENTREVISTA

Lugar de entrevista:	
Feca de la entrevista:	
Hora de la entrevista:	
Observaciones:	
nombre del asesor:	
Resultado de la entrevista:	

INFORMACIÓN ENTREVISTA

Resultado verificación en Listas Restrictivas:	Reportado	No reportado
Fecha de verificación:		
Firma Oficial de Cumplimiento:		
Observación:		
Vbo. Gerencia:		

Fecha y número de acta de aprobación

IMPORTANTE, valide que al enviar este documento incluya:
 Certificado laboral no mayor a 30 días.
 Fotocopia de documento de identidad ampliada al 150.