



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN



FECHA DE SOLICITUD

DÍA

MES

AÑO



## INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO: C.C.  C.E.  NÚMERO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: \_\_\_\_\_ DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ DÍA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: F  M  ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

GRADO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_ PROFESIÓN: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA EMPLEADORA: \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO:

D

M

A

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ SEDE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO/EXT: \_\_\_\_\_

TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO  FIJO  CARGO ACTUAL: \_\_\_\_\_

TIPO DE SALARIO: BÁSICO  INTEGRAL  SALARIO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DE AHORROS (MENSUAL)

OBLIGATORIO: \_\_\_\_\_ % A LA VISTA: \$ \_\_\_\_\_ APV: \$ \_\_\_\_\_

NAVIFECOM: \$ \_\_\_\_\_ EDUFECOM: \$ \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN FINANCIERA

OTROS INGRESOS/MES: \$ \_\_\_\_\_ CONCEPTO: \_\_\_\_\_

TOTAL EGRESOS/MES: \$ \_\_\_\_\_ TOTAL ACTIVO: \$ \_\_\_\_\_ TOTAL PASIVO: \$ \_\_\_\_\_

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  CONCEPTO: \_\_\_\_\_

¿ES USTED UNA PEP? (Persona Públicamente Expuesta) SI  NO  DEFINICIÓN PEP: Persona que ocupa cargos públicos, maneja dinero público o goza de reconocimiento público.



## INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO: C.C.  C.E.  NÚMERO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

CONTINÚA →



## INFORMACIÓN DE PERSONAS A CARGO

| NOMBRES | APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. | GÉNERO    | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO |
|---------|-----------|----------------------------|-----------|------------|---------------------|
| _____   | _____     | CC TI OT _____             | M F _____ | _____      | _____               |
| _____   | _____     | CC TI OT _____             | M F _____ | _____      | _____               |
| _____   | _____     | CC TI OT _____             | M F _____ | _____      | _____               |
| _____   | _____     | CC TI OT _____             | M F _____ | _____      | _____               |



## BENEFICIARIOS SEGUROS SUBSIDIADOS POR EL FONDO

**PRIMER BENEFICIARIO:**

**% DE PARTICIPACIÓN:** \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  CC  TI  OT No. \_\_\_\_\_ GÉNERO:  M  F FECHA DE NACIMIENTO:  D  M  A

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**SEGUNDO BENEFICIARIO:**

**% DE PARTICIPACIÓN:** \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  CC  TI  OT No. \_\_\_\_\_ GÉNERO:  M  F FECHA DE NACIMIENTO:  D  M  A

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**TERCER BENEFICIARIO:**

**% DE PARTICIPACIÓN:** \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  CC  TI  OT No. \_\_\_\_\_ GÉNERO:  M  F FECHA DE NACIMIENTO:  D  M  A

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**CUARTO BENEFICIARIO:**

**% DE PARTICIPACIÓN:** \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:  CC  TI  OT No. \_\_\_\_\_ GÉNERO:  M  F FECHA DE NACIMIENTO:  D  M  A

PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE APORTES Y DEPÓSITOS

PESO (kg): \_\_\_\_\_ ESTATURA (en cms.): \_\_\_\_\_

### 1. Tiene, ha tenido o le han diagnosticado:

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares                   | <input type="checkbox"/> Cáncer               | <input type="checkbox"/> Retardo mental                |
| <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio                           | <input type="checkbox"/> Leucemia             | <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos     |
| <input type="checkbox"/> Arritmias                                       | <input type="checkbox"/> Lupus                | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa            |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial                           | <input type="checkbox"/> Tumores malignos     | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo               |
| <input type="checkbox"/> Colesterol (tratado con medicamentos)           | <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo  | <input type="checkbox"/> Parálisis                     |
| <input type="checkbox"/> Ceguera   | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal  | <input type="checkbox"/> Deformidades corporales       |
| <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (tratados con medicamentos) | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple  | <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial       |
| <input type="checkbox"/> Derrames  | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> Hernia de columna             |
| <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral                   | <input type="checkbox"/> Diabetes             | <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                                       | <input type="checkbox"/> Pancreatitis         | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad               |
| <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)                                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C      | <input type="text"/> ¿Cuál? _____                      |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica                              | <input type="checkbox"/> Cirrosis             |  |

**2. Consume actualmente drogas estimulantes:** SI  NO

Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo SI  NO  Drogadicción SI  NO

CONTINÚA →

En caso de que usted haya contestado positivamente a las preguntas anteriores debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución Médica: \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución Médica: \_\_\_\_\_  
EPS: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_  
Enfermedad: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_

**3. Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente:** SI  NO

En caso de que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Nombre del Médico Tratante: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución Médica: \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución Médica: \_\_\_\_\_  
EPS: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_  
Enfermedad: \_\_\_\_\_ Enfermedad: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

### CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministro en este documento, es cierta. Que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto que esta declaración sea parte integrante del Contrato del Seguro de Aportaciones y Depósitos, y que la compañía de seguros no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.



## DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

1. Manifiesto que toda la información suministrada a FECOM es verídica y autorizo a la entidad para que la verifique.
2. Estoy informado de mi obligación de actualizar una vez al año la información entregada.
3. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
4. Certifico que los recursos que permiten realizar transacciones con el Fondo tienen origen lícito y provienen de mi actividad económica principal.



## AUTORIZACIONES

### AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE NÓMINA Y CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGOS:

Autorizo a la Empresa Empleadora a deducir de mi nómina el Ahorro Obligatorio y demás ahorros especificados. De igual manera, autorizo que se deduzca el valor de las obligaciones contraídas con **FECOM**, de conformidad con los Artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989, las normas que lo adicionen y modifiquen, en las fechas estipuladas y en las condiciones establecidas en los pagarés o cualquier otro documento que formalice los diferentes contratos realizados entre **FECOM** y yo. Este dinero deberá trasladarse a **FECOM** en las fechas en que se realice la deducción. De igual forma, autorizo al Fondo de Empleados para que directamente o a través de terceros y con fines de información financiera, reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de bases de datos, sobre todas mis operaciones financieras y crediticias, que bajo cualquier modalidad se me otorgue en el futuro.

### AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mí, para que suministre a la Compañía Aseguradora, copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria, aún después de fallecido, para la contratación del Seguro de Aportes y Depósitos, otorgado por el Fondo, para la atención de alguna reclamación que afecte los amparos del mismo.

### AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Autorizo a **FECOM** para que mis datos personales sean utilizados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio. De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, incluso biométricos, que son datos sensibles, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM**, con el fin de que sean tratados de acuerdo con los siguientes criterios:

- La finalidad del tratamiento será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento los principios básicos que marca la Ley.
- El **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM** será el responsable del tratamiento de sus datos personales.
- Con el objeto de recibir una atención integral como cliente, los datos personales entregados serán tratados con las siguientes finalidades: propósitos comerciales, información sobre comportamiento y crédito comercial, y gestión contable fiscal y administrativa.

Adicionalmente y en mi calidad de empleado, autorizo a la **Empresa Empleadora** para que mis datos personales sean recolectados, almacenados, consultados, usados y transmitidos a **FECOM**, con la finalidad de: a) resolver consultas sobre mi situación laboral, b) atender consultas sobre la actualización de mis datos personales durante y después de la vigencia de mi relación laboral.

De igual forma, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, aliados estratégicos, intermediarios de seguros y empresas empleadoras, con la finalidad de que sean contactados para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, entre otros.

También autorizo que las comunicaciones e información relacionada con los servicios que llegase a tener con el **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM**, me sean entregados por medios de comunicación válidos (mail, mensaje de texto, escritos, entre otros).

Así mismo, declaro haber sido informado que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al **Fondo de Empleados de Comfenalco Antioquia FECOM**, a la dirección de correo electrónico [fecom@comfenalcoantioquia.com](mailto:fecom@comfenalcoantioquia.com), indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar, o mediante correo postal remitido a la dirección Calle 53 45 - 45, Ed. Palomar, oficina 1001, de la ciudad de Medellín.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

HUELLA

### INFORMACIÓN DE FECOM

DILIGENCIA PAGARÉ: SI  NO  DILIGENCIA FUNERARIA: SI  NO

RECIBE INFORMACIÓN BONO FECOM Y FONDO DE BIENESTAR SOCIAL: SI  NO

TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO  FIJO  \_\_\_\_\_ SALARIO MENSUAL: \$ \_\_\_\_\_

AFILIADO ANTERIORMENTE: SI  NO  FECHA RETIRO: D M A RETIRO POR COMPRA DE VIVIENDA: SI  NO

SOLICITUD APROBADA: SI  NO  MOTIVO: \_\_\_\_\_

### DATOS DE QUIEN REALIZA LA AFILIACIÓN

| NOMBRE | CARGO | FIRMA | FECHA |
|--------|-------|-------|-------|
|        |       |       | D M A |

### VERIFICACIÓN INFORMACIÓN

| NOMBRE | CARGO | FIRMA | FECHA |
|--------|-------|-------|-------|
|        |       |       | D M A |

FIRMA V.B. FECOM: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_