

Código: CG-F005	SOLICITUD DE AFILIACIÓN	 Fondo de empleados COHAN
Versión: 01		

Fecha
AA: MM: DD:

DATOS PERSONALES			
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Cédula de Ciudadanía:		LUGAR DE EXPEDICION:	
FECHA NACIMIENTO: DD MM AA		LUGAR DE NACIMIENTO:	
ESTADO CIVIL: SOLTERO(a): CASADO(a): UNIÓN LIBRE: VIUDO(a): DIVORCIADO(a):			
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		BARRIO:	
VIVIENDA: PROPIA: FAMILIAR: ARRENDADA:	MUNICIPIO		
TEL RES:		CELULAR:	ESTRATO No.
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:			
NIVEL DE EDUCACIÓN: BACHILLER: UNIVERSITARIO: ESPECIALIZACIÓN: TÉCNICO: OTRO:			
PROFESIÓN:			

INFORMACION LABORAL			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA:			
CARGO:		ÁREA:	
DIRECCIÓN OFICINA:		TELEFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:			
SALARIO BÁSICO:	TIPO DE CONTRATO	DEFINIDO:	INDEFINIDO:
CUENTA BANCARIA Nro:	AHORROS:	CORRIENTE:	ENTIDAD:

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Huella de índice derecho

FIRMA DEL ASOCIADO C.C.

LIBRANZA
<p>En caso de ser aprobada mi afiliación a FODEMCO me comprometo y autorizo expresamente a la Cooperativa de Hospitales de Antioquia para que deduzca quincenalmente la suma definida para atender las obligaciones a favor de FODEMCO, que acepte con la firma de esta solicitud y además autorizo que si se llegara a suspender por cualquier causa mi vinculo laboral con esta empresa a la cual presto mis servicios, y al momento poseo alguna deuda pendiente con el Fondo, se me retenga de mis prestaciones sociales, liquidación final, salario o pensión de jubilación, la suma de dinero necesaria, hasta cancelar mis compromisos con FODEMCO. En cumplimiento del Decreto Ley 1481 de 1989 en sus Artículos 55 y 56.</p> <p>Así mismo declaro que soy consciente de mis derechos, deberes y obligaciones y acepto cumplir con los Estatutos, Reglamentos y demás Normas que el Fondo posea o modifique.</p> <p>Para constancia se firma en: _____ el día _____ Del mes de _____ del año _____</p>

FIRMA Y CEDULA DEL ASOCIADO

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS, AUTORIZACION DE CONSULTA EN LAS CENTRALES DE RIESGO Y DE PRIVACIDAD DE LOS DATOS PERSONALES

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo en cumplimiento de mis deberes como asociad@ a actualizarla anualmente o cada que sufra una modificación.
- Autorizo expresamente a FODEMCO para que de manera permanente e irrevocable y de caracter estrictamente personal y comercial, sea consultada y verificad@ con terceras personas, incluyendo los bancos de datos, mi situación financiera y si existiera, mi calificación de mora. Igualmente para que la misma sea usada y puesta en circulación con fines estrictamente comerciales. Tambien autorizo expresamente para que en caso de incumplimiento de la(s) obligacion (es), sea reportad@ al banco de datos de cualquier central de informacion legalmente autorizada. De esta manera las entidades del sector financiero o de cualquier otro sector afiliada a dichas centrales conoceran mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras o cualquier otro dato personal o economico que se estime conveniente.
- El Fondo de Empleados de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (FODEMCO), informa que los datos personales que se recolectan a través de este formato, serán tratados de manera confiable y segura para los siguientes fines: (i) ejecutar su objeto social; (ii) cumplir con las obligaciones propias y derivadas de la relación jurídica, contractual, estatutaria y/o legal existente con el titular del dato; (iii) Establecer canales de comunicación tradicionales y/o virtuales con el fin de suministrar información sobre los servicios, actividades, y/o acciones de responsabilidad social empresarial realizadas con y hacia sus grupos de interés, lo que incluye atender sus peticiones, quejas y reclamos.
- Se informa así mismo que los datos serán gestionados en una infraestructura segura por parte de esta organización y/o de sus encargados, de manera confidencial y no serán cedidos a terceros. Pueden ser entregados a autoridades cuando así se requiera conforme a su facultad legal.
- Adicionalmente a las finalidades antes comunicadas, FODEMCO está interesado en otorgar a los datos recolectados la finalidad de conocimiento de nuestros grupos de interés para lo cual habrá de aplicar herramientas de analítica de datos a su información, conocer mejor su situación particular y preferencias, crear y diseñar servicios ajustados a sus necesidades.
- Para el ejercicio del Habeas Data, el titular del dato personal o quien demuestre un legítimo interés conforme lo señalado en la normatividad vigente, podrá hacerlo a través del siguiente correo electrónico: fodemco1@cohan.org.co o dirigiendo una comunicación física a la siguiente dirección en la ciudad de Medellín: Carrera 48 No. 24-104. Puede consultar la política de privacidad de FODEMCO en el siguiente sitio web: www.fodemco.com

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Huella del índice derecho

FIRMA DEL ASOCIADO C.C.

Anexar copia de la cédula ampliada al 150%

AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN DE NÓMINA

De conformidad con lo establecido en el artículo 149 del Código Sustantivo de Trabajo, autorizo expresamente a mi empleador para que deduzca de mi salario mensualmente la suma establecida en los estatutos del Fondo de Empleados de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia como aporte mensual de los asociados. Esta autorización expresa la hago extensiva a las obligaciones pecuniarias que adquiera con el fondo en mención, de acuerdo con los valores y plazos para el cumplimiento de las mismas que se pacten.

Igualmente, autorizo a mi empleador para que en caso de retiro por cualquier causa, deduzca de mis prestaciones sociales y/o salarios, las obligaciones pecuniarias que tenga pendiente de pago con el Fondo de Empleados de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia.

Declaro que de manera libre, voluntaria y por mi propia cuenta y riesgo participo en las actividades que el Fondo de Empleados de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia organiza o promueve.

Empleado: _____

C.C.: _____

Firma: _____