

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

Señores:

FONDO DE EMPLEADOS DEL INGENIO PICHICHI

Atención: Junta Directiva

Yo, _____, identificado con la cedula de ciudadanía No. _____, Autorizo al Ingenio Pichichi para que a partir del día ____ del mes de _____ del año _____, mensualmente descuenten por nomina, _____ % de mi salario por conceptos de ahorro Permanente y Aportes Sociales a favor del Fondo de Empleados Ingenio Pichich, FONEMPI; asi mismo autorizo descontar aquellas cuotas ordinarias o extraordinarias que fije la asamblea de asociados

Firma: _____

Cc:

Código:



Fondo de Empleados de Ingenio Pichichí

NIT. 900.346.346-3

AUTORIZACION PARA CONSULTAR, REPORTAR, COMPARTIR INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Lea cuidadosamente la siguiente cláusula y pregunte lo que no comprenda:

Yo _____, identificado con la c.c. _____, por medio del presente documento autorizo de manera irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DEL INGENIO PICHICHI en adelante **FONEMPI**, o a quien en un futuro sea acreedor, para que con ocasión de los productos, promociones, bienes y servicios y en general cualquier tipo de obligación contraída hasta la fecha o que se contraiga en adelante con tal empresa, pueda llevar a cabo las siguientes actividades:

a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de suministrarme un bien o servicio y contraer cualquier obligación para con **FONEMPI** o para con los terceros con quienes tiene suscrito convenios para tal propósito.

b) Reportar a las centrales de información de riesgo, que administren bases de datos, la información sobre el comportamiento de mis obligaciones, especialmente las de contenido patrimonial que adquiera para con **FONEMPI** o con terceros con quienes ésta ha celebrado convenios de tal naturaleza, así como la información que se genere por la facturación de los bienes, servicios y obligaciones que cobre **FONEMPI** o terceros con quienes ésta ha celebrado convenios de facturación o recaudo; de tal forma que las centrales presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta, de mi desempeño como deudor, después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.

c) Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla y clasificarla.

d) Conservar la información reportada, en la base de datos de la central de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos.

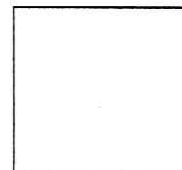
Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual en señal de entendimiento y aceptación de sus alcances e implicaciones, lo suscribo.

ACEPTO,

HUELLA

FIRMA

CC:



SOLICITUD DE:
INGRESO ☐ REINGRESO

(ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS)									
EMPLEADO <input type="checkbox"/> OBRERO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: _____	FECHA DE SOLICITUD			FECHA DE APROBACION			ACTA No.	APROBADO POR: J. D. <input type="checkbox"/>	
	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA			

[illegible]

REFERENCIAS										
PERSONAL					FAMILIAR					
NOMBRES Y APELLIDOS					NOMBRES Y APELLIDOS			PARENTESCO		
EMPRESA		CARGO			EMPRESA			CARGO		
TELÉFONO					TELÉFONO					
INFORMACION FINANCIERA (\$)										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Ingresos mensuales derivados de su actividad principal Otros ingresos (especificar): * * * </div>					<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>					
Total activos										
Total pasivos										
Total patrimonio										
PERSONA JURIDICA										
Razón social										
NIT					Certificado de existencia y representación					
País de constitución de la					Teléfono fijo					
Dirección domicilio					Teléfono Celular					
Departamento					Municipio					
Nombre completo del Representante legal:										
N° identificación del representante legal					Tipo		CC	TI	CE	PAS
Dirección domicilio					Teléfonos					
Departamento					Municipio					
Tipo de empresa					Privada	Publica	Mixta			
Actividad económica										
Nombre o razón social y N° de identificación de los accionistas que tengan una participación directa o indirecta superior al (5%) del capital social, aporte o participación. (Incluir el porcentaje de participación de cada accionista)										
1					CC	PAS			(%)	
2					CC	PAS			(%)	
3					CC	PAS			(%)	
4					CC	PAS			(%)	
5					CC	PAS			(%)	
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA										
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?					SI	NO	CUALES			
¿Posee cuentas en moneda extranjera?					SI	NO	BANCO			
					N° DE CUENTA					
					MONEDA					
					CIUDAD					
					PAIS					
<p>*La Organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.</p> <p>AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS DE INGENIO PICHI CHI PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS Y DE INFORMACION, CONSULTE, REPORTE, CIRCULE E INCLUYA INFORMACION A LA EMPRESA VINCULANTE, CENTRALES DE RIESGO O CUALQUIER ENTIDAD AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA Y DE ECONOMIA SOLIDARIA, RELACIONADA CON MI NOMBRE, COMPORTAMIENTO COMERCIAL, HABITOS DE PAGO, MANEJO DE CREDITO Y DE CUENTAS, SALDO DE MIS OBLIGACIONES CREDITIVAS, TIEMPO DE MORA EN EL PAGO DE DICHAS OBLIGACIONES, LOS MISMOS QUE EL SUMINISTRO DE TALEN INFORMACIONES A QUIENES TUVIERAN INTERES LEGITIMO EN ELLA.</p> <p>Autorización tratamiento de datos personales: De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es el Fondo de Empleados de Ingenio Pichichi con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos productos y servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a FONEMPI a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suplir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FONEMPI, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que FONEMPI establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: fondoempleados@ingeniopichichi.com o entregarla en las oficinas de FONEMPI.</p> <p>ME COMPROMETO A ACTUALIZAR ESTA INFORMACION POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO. CERTIFICANDO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y HABIENDO LEIDO, ENTENDIDO, ACEPTADO Y AUTORIZADO LO ANTERIOR FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO A LOS DÍAS DEL MES DE DEL AÑO , EN LA CIUDAD DE</p>										
FIRMA Y HUELLA DEL SOLICITANTE: _____					C.C. _____					
REQUISITOS										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Vo. Bo. GERENCIA PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA </div>					1) CERTIFICADO DE LA EMPRESA DONDE LABORA, EN EL CUAL DEBE CONSTAR: - TIPO DE CONTRATO - SALARIO - ANTIGÜEDAD 2) DESPRENDIBLES DE PAGO DEL ÚLTIMO MES					



ZURICH COLOMBIA SEGUROS S.A. - NIT. 860.002.534-0
Calle 116 # 7-15, piso 12, Bogotá D. C. Colombia
PBX: (457) 601 319 0730 | Línea servicio al cliente: 01 8000 112 723

Póliza Vida Grupo	Nº:	✓	Póliza Vida Deudor	Nº:	111850755
Póliza de Desempleo	Nº:		Póliza de Accidentes Personales	Nº:	

1. DATOS DEL TOMADOR

2. DATOS DEL SOLICITANTE

Tipo de documento: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia).

3. AMPAROS

4. BENEFICIARIOS (Diligenciar en caso de aplicar)

ID	Nº Identificación	%	Apellidos, Nombres	Parentesco	Producto/Póliza

ID: CC (Cédula de Ciudadanía), CE (Cédula de Extranjería), PA (Pasaporte), CD (Carné Diplomático), PEP (Permiso Especial de Permanencia), TI (Tarjeta de Identidad), RC (Registro Civil), Parentesco, PR (Progenitor: Padre - Madre), CP (Compañero/a) Permanente, HI (Hijo), FA (Familiar), Productor/Poliza: VG (Vida Grupo), VD (Vida Deudor), D (Desempleo), AP (Accidentes Personales).

5. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

A continuación marque la casilla correspondiente, si padece alguna(s) de las siguientes enfermedades o condiciones de salud:

Mental - psiquiátrica	Renal	Cardiovascular	Gastrointestinal	Cerebrovascular	Pulmonar
Hipertensión arterial	Cáncer	SIDA	Diabetes	Drogadicción	Artritis
Tabaquismo:			Alcoholismo:		

Año de diagnóstico:

Adicionalmente, para fines del control de su estado de salud, solicitamos la siguiente información: **Peso (Kg.):** **Estatura (m.):**

6. AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y OBSERVACIONES

[illegible][illegible]

Origin:

Autores, de manera permanente e irrevocable a la Campaña o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos,

de control, supervisión y de información técnica de seguros, comercial o financiera, proceso, conservación, consulta y suministro de reportes o cualquier otra información de carácter técnico de seguros, y financiero y comercial más desde el momento de la solicitud del seguro, a los controles de información o bases de Datos de cualquier otra naturaleza que no sean exclusivamente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta configuración es la inclusión de la mayoría de los denominados bases de datos.

Autoriza expresamente a la Compañía para consultar las bases de datos de seguros de vida y personas relativas a reclamaciones e indemnizaciones, el cumplimiento de obligaciones crediticias y a los demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado, del mismo, la póliza que infiere o crea misma.

Conforme a la legislación en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y al Decreto Reglamentario N° 3360 de 1981, se envía a Zurich la siguiente Seguros S.A. para que pueda corroborar todos los datos que se indican y que, en caso de que una historia clínica o cualquier otro documento que se encuentre en su poder, contenga información de seguridad o de medicina prepagada, emita el promedio de salud (CPS), aseguradora de Seguros Sociales (ARS) que con carácter prefontorial no hayan atendido en cualquier época de su vida. Finalmente, por lo tanto, a todos los usuarios de la ley y de la diagnóstico médica que prohíbe revelar información médica, anulada con fines de diagnóstico o tratamiento.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: De acuerdo con lo establecido en los artículos 1063 y 1064 del Código de Comercio, en el pago de la prima dentro del plazo pactado en el defecto de pago del mismo, dando lugar a la terminación automática del contrato, terminando así la cobertura.

FIRMA:

[illegible]

AUTORIZO: Si ☒ No ☐ FIRMA:

Condicionado aplicable:

Ciudad de diligenciamiento:

GUACARI

Fecha de diligenciamiento:

Para resolver inquietudes acerca del seguro y sus condiciones generales, del tratamiento de sus datos personales y cómo presentar una reclamación, contactarnos en la línea 01000 112 720 y en la web: www.bancapib.com o a través de correo electrónico: atencioncliente@bancapib.com, también podrá enviar los datos de contacto del Defensor del Consumidor Financiero.



**FONDO DE EMPLEADOS DE INGENIO
PICHICHI FONEMPI
NIT: 900.346.346-3**

BIENVENIDA A FONEMPI

Estimado asociado

Para el **Fondo de Empleados de Ingenio Pichichi –FONEMPI-**, es muy importante contar con su valiosa participación en el mundo solidario, donde cada día trabajamos para el bienestar común de nuestra comunidad, por ende, agradece la confianza depositada en nosotros para ser su aliado en la construcción de su capital de ahorro, al finalizar su proceso de vinculación contara con información de su interés, tal como:

- Aporte extra del 2% durante los meses de junio-diciembre.
- Póliza cobertura ahorros y aportes (Prima 0.06% sobre el saldo total en ahorros) la cual es exigible al momento de fallecimiento o incapacidad total y/o permanente.
- Los servicios y beneficios se activan una vez haya cumplido un mes de antigüedad en el fondo.
- Derecho de auxilios por calamidad, lentes, fallecimiento hasta el 2do grado consanguinidad, nacimiento hijo, calamidad y auxilio por incapacidad. Para acceder a los auxilios debe encontrarse al día con sus obligaciones vigentes con el fondo de empleados.
- Acceso al servicio de crédito después de haber cumplido el primer mes de vinculación y haber pasado el periodo de prueba en caso de ser empleado nuevo. Al igual que tener capacidad de pago con base en sus descuentos.
- Diferentes convenios como tiendas tecnológicas, concesionarios de motos, almacenes de ropa, aseguradoras, clínicas oftalmológicas, Agencias de viajes.
- En caso de retiro del Fondo de Empleados, sea voluntariamente o desvinculación laboral se cuenta con 60 días para la devolución de los recursos que se encuentren a favor del ex -asociado según Art. 25 de los Estatutos.

Firma: _____
C.C: _____
Código: _____