



Fecha Solicitud

# VINCULACIÓN ASOCIADOS

Primer Apellido  Segundo Apellido  Nombres

## DATOS BÁSICOS

No. Identificación      Fecha Expedición    Lugar Expedición

Fecha Nacimiento    Lugar de Nacimiento  Departamento

Municipio  Dirección Residencia

Teléfono Casa  Teléfono Oficina  Celular

Email  Estrato  Comuna

Departamento  Ciudad  Estado Civil

Ocupación, Oficio o Profesión  Nivel Académico: Técnico  Profesional  Otro  Cuál?

Tiene Vehículo   Tipo Vehículo: Particular  Público  Vivienda: Propia  Alquilada  Patrimonio Familiar

## INFORMACIÓN LABORAL

DIAN Ciudad  División: Aduanas  Impuestos  Pensionados  Fecha Ingreso    Salario Básico \$

Otros Ingresos Mes(Soportados)  Descripción Otros Ingresos

Cesantías \$  Tipo de Contrato: Planta  Temporal  Provisional  Pensionado  Área de Trabajo  Cargo

Fondo Cesantías  Administra Recursos Públicos   Actividad Económica  CIU

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal  Otros ingresos  Especificar

Egresos mensuales  Total activos  Total pasivos

## OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera   Cuáles  Posee cuenta en moneda extranjera   No. Cuenta

Banco  Ciudad  Moneda  País

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

Firma Cliente \_\_\_\_\_ Huella

## INFORMACIÓN CÓNYUGE

Nombre y Apellido  Cédula  Fecha Expedición Cédula

Lugar Expedición Cédula  Dirección Residencia  Fecha Nacimiento

Empresa  Salario \$  Ciudad  Teléfono Oficina

Cargo  Fecha Ingreso    Nivel Académico: Técnico  Profesional  Otro

Cuál?  Sexo   Profesión  Tipo Salario: Ley 50  Ley 4

Cesantías \$  Otros Ingresos Mes(Soportados) \$  Descripción Otros Ingresos

## REFERENCIAS PERSONALES

Referencia: Familiar  Personal  Nombre  Dirección

Parentesco  Teléfono  Celular  Ciudad

## DATOS DE BENEFICIARIO DEL FONDO DE SOLIDARIDAD

SEGURO DE APORTES Y AHORROS  
(SIN COSTO PARA EL ASOCIADO)

APELLIDOS Y NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	%
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

## ESTA USTED INTERESADO EN ADQUIRIR ALGUNO DE NUESTROS SERVICIOS (SON DE CARÁCTER VOLUNTARIO)

SEGURO DE VIDA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SEGURO DE VIDA Y HOSPITALIZACIÓN	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
MEDICINAS PREPAGADAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PÓLIZA DE HOGAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SEGURO VEHÍCULO TODO RIESGO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	AHORRO VOLUNTARIO O CDAT	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SERVICIO FUNERARIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FONDO DE INCAPACIDAD	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SERVICIO DE AMBULANCIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TELÉFONO CELULAR	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

### OBLIGACIONES:

Con esta solicitud al Fondo de Empleados de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales declaro conocer los Estatutos y Reglamentos de la Entidad a los cuales me acojo y por lo tanto autorizo para que de mis salarios y/o prestaciones sociales se me deduzca cualquier cantidad que adeude al Fondo de Empleados, para lo cual doy mi consentimiento previo, en un todo de acuerdo.

ARTICULO 16 DEL DECRETO 1481/89

### AUTORIZACIONES BASES DE DATOS.

Yo (nosotros) identificado como aparece al pie de mi firma, mediante la suscripción del presente documento expresamente autorizo a FEDIAN de manera expresa e irrevocable, para consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, divulgar y obtener de fuentes autorizadas en especial de las bases de datos de la cifin o de cualquier otra entidad que maneje base de datos, información relativa a mi comportamiento comercial o crediticio con el sector financiero y real. Así mismo autorizo a las referidas compañías a reportar a las mencionadas bases de datos o centrales de información y a procesar y divulgar mi comportamiento comercial y crediticio de acuerdo con el reglamento vigente de dichas centrales.

### FONDO PLUS PENSIÓN.

Certifico que recibí información sobre el Fondo Plus Pensión, aceptando la normatividad al respecto como asociado de FEDIAN.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y No. C.C.

### CUÉNTENOS ALGO MAS....

¿Qué actividades culturales le gusta?

¿Qué deportes practica?

### PERSONAS A CARGO

Nombre	Parentesco	Cédula	Fecha Nacimiento	Nivel Académico	Discapacidad
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

FECHA

GRABADO POR \_\_\_\_\_

REFERIDO POR \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN EXPRESA CON TRANSFERENCIA DE DATOS

En Cali, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Señores FEDIAN:

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2.013, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de **FONDO DE EMPLEADOS DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES**, siendo tratados con la finalidad de ofrecerles bienes y servicios conforme al objeto social del Fondo.

De igual modo, autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea de bienes y servicios con la finalidad específica de disfrutar de los convenios y los servicios con los que cuenta el Fondo.

Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a **FONDO DE EMPLEADOS DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES** a la dirección de correo electrónico [servicioalcliente@fediancali.com](mailto:servicioalcliente@fediancali.com), indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a CRA 4 11-33 EDIFICIO ULPIANO LLOREDA.

\_\_\_\_\_  
Firma

Nombre : \_\_\_\_\_

C.C.: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_