



# VINCULACIÓN ASOCIADOS

## FEDIAN CALI

Cra. 4 # 11 - 33 piso 10 Of. 10-01 Tels. 889 4916 / 19 / 20 / 21

E-mail: gerencia@fediancali.com

FORMATO No.

Fecha Solicitud

Propósito: Actualización

Vinculación

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

Cargo  Dirección Trabajo

Departamento  Municipio  ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?   ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?

Cesantías \$  Tipo de Contrato: Planta  Temporal  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

Huella

Firma Cliente

### 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	%
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

## 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 cfin 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.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al fondo de empleados para que la verifique.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

Fecha diligenciamiento

Huella

FIRMA Y No. C.C.

### CUÉNTENOS ALGO MAS....

¿Qué actividades culturales le gusta?

¿Qué deportes practica?

### PERSONAS A CARGO MAYORES DE 12 AÑOS

Nombre	Parentesco	Cédula	Fecha Nacimiento	Nivel Académico	Discapacidad
<hr/>					
<hr/>					
<hr/>					

## ESPACIO PARA USO DEL FONDO DE EMPLEADOS

Observaciones:

Fecha realización entrevista    Nombre y firma funcionario que realizo la entrevista

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información  fecha verificación información



## AUTORIZACIÓN EXPRESA CON TRANSFERENCIA DE DATOS

En Cali, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

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: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DE MENORES DE EDAD

En Cali, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

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, en calidad de representante legal del menor, que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de **FONDO DE EMPLEADOS DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES**, para que sean tratados con la finalidad de ser beneficiarios de obsequios y auxilios.

HIJOS A CARGO		CIUDAD:	
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO

De igual modo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre estos datos, mediante escrito dirigido a **FONDO DE EMPLEADOS DE LA DIRECCION 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.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Firma

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

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



# DÉBITO AUTOMÁTICO

EN FEDIAN PENSAMOS EN SU COMODIDAD Y SEGURIDAD

CON EL DÉBITO AUTOMÁTICO DE FEDIAN LAS CUOTAS DE SUS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS CON LA COOPERATIVA SE DEDUCEN AUTOMÁTICAMENTE DEL BANCO DONDE USTED TENGA SU CUENTA CORRIENTE O DE AHORROS.

## AUTORIZACIÓN DE RECAUDO

Ahora usted podrá realizar los pagos a FEDIAN cómodamente a través del sistema DÉBITO AUTOMÁTICO de FEDIAN.

1 Marque con una X en la casilla correspondiente a la Entidad Financiera en que usted tiene cuenta corriente o de ahorros.

<input type="checkbox"/> Banco Popular	<input type="checkbox"/> Banco Santander	<input type="checkbox"/> Banco Corpbanca
<input type="checkbox"/> Banco de Bogotá	<input type="checkbox"/> Bancomeva	<input type="checkbox"/> Davivienda
<input type="checkbox"/> Bancolombia	<input type="checkbox"/> Colpatría	<input type="checkbox"/> Banco Caja Social
<input type="checkbox"/> Banco AV Villas	<input type="checkbox"/> CitiBank	<input type="checkbox"/> Banco de Occidente
<input type="checkbox"/> BBVA Colombia	<input type="checkbox"/> Banco GNB Sudameris	<input type="checkbox"/> Otro _____

Diligencie el formulario que aparece a continuación y entreguelo en nuestras oficinas en la ciudad de Cali Cra 4 No. 11-33 ofic. 10-01

2 INFORMACIÓN DEL ASOCIADO (NOTA: El email es indispensable para notificaciones)

Titular  
Nombres

Apellidos

Número de identificación  Clase: Cédula  Nit  Otro

Débito autorizado: APORTES, CRÉDITOS, SERVICIOS Y OTROS SERVICIOS.

Dirección Residencia  Teléfono  Ciudad

Dirección Oficina  Email

3 INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

Tipo de Cuenta: Corriente  Ahorros  Otro  Clase de cuenta: Unipersonal  Conjunta  Colectiva

Numero de Cuenta  Sucursal  Ciudad

4 REGLAMENTO

En mi calidad de titular de la cuenta señalada cuya información aparece descrita en el numeral tres(3) este documento, otorgo a mi Entidad Financiera un mandato sin representación para recibir transacciones débito enviadas por FEDIAN.

Autorizo incondicionalmente y por un término indefinido lo siguiente(1)A la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada, el valor que corresponde a la transacción débito y a entregar dicho valor a la empresa FEDIAN, (2) Conservar el documento en la sede de FEDIAN, (3) Enviar el contenido de la información amba descrita de manera electrónica, advirtiendo que el cliente le da pleno valor y eficacia al documento de autorización aquí dado y que ante cualquier error de FEDIAN en la conversión electrónica de la orden afecta tan solo la relación del cliente con FEDIAN, (4) Debitar la cuenta en la fecha de aplicación indicada por el asociado, (5) Debitar la cuenta en una fecha diferente a la indicada, tan solo en aquellos casos en los que FEDIAN tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente, (6) Extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera tales como al número de cuenta, sucursal o nombre de la Entidad Financiera que por ejemplo entra en proceso de fusión, venta o cierre de oficinas.

A si mismo me obligo a: (1) Mantener fondos suficientes en la cuenta aquí indicada para cubrir las operaciones, (2) En el evento de autorizar los retiros de una cuenta con firmas conjuntas, proveer la autorización por parte de los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fuesen necesarias o en su defecto a asumir las consecuencias que se deriven de no declarar la condición de manejo de firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a FEDIAN y a la Entidad Financiera de toda responsabilidad.

Declaro que conozco y acepto lo siguiente: (1) Que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos

disponibles y que si el día no fuere hábil el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles, (2) Que la Entidad Financiera donde tiene su cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos para ello o si presenta alguna causal que lo impida, (3) Que las únicas modificaciones a la presente autorización de recaudo que el cliente podrá solicitar a FEDIAN son: novedad de fecha de aplicación y monto autorizado(si aplica);la novedad de debe entregar con diez(10) días hábiles de anticipación, del envío del próximo débito. Si el cliente desea autorizar a otra Entidad Financiera a otro número o tipo de cuenta, deberá cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva autorización, (4) Que la autorización de recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada por el cliente a FEDIAN o la Sucursal de la Entidad Financiera donde el cliente tiene su cuenta, con una anticipación no inferior a diez(10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación, (5) Que esta Autorización se considera como una adición o modificación al Contrato de Cuenta Corriente o al Reglamento de la Cuenta de Ahorros que el cliente tiene con la Entidad Financiera donde tiene la cuenta, (6) Que el cliente pueda dirigir todas sus reclamaciones o solicitudes de devolución directamente a FEDIAN en cualquier momento, o la Entidad Financiera donde tiene su cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco(45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (7) Que puede dar una orden de no pago a la Entidad Financiera donde tiene su cuenta para una transacción débito específica con una anulación no inferior a cinco(5) día hábiles antes de la fecha de aplicación del débito, (8) Que presentar ordenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar en costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de FEDIAN o por parte de la Entidad Financiera donde tiene su cuenta.

Al dar la presente Autorización, soy consciente de que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida.

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA (indispensable)

CC.  
Favor adjuntar fotocopia ampliada de la cédula de ciudadanía

FORMATO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO CUENTA INDIVIDUAL



(HUELLA INDICE DERECHO)

**SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Vida Grupo  Grupo Deudores  Protección Familiar   
 Grupo Aportes  Grupo Directivos  Plan A  B  C



TOMADOR <b>FONDO DE EMPLEADOS DIAN - FEDIAN</b>		C.C./NIT <b>890.324.067-3</b>	
DIRECCIÓN <b>CRA 4 # 11-33 OF. 1001</b>		CIUDAD <b>CALI</b>	TELÉFONO <b>(602) 4898931</b>
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C.	ESTADO CIVIL
PESO (KG)	ESTATURA (Mts)	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	OCUPACIÓN
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	VALOR ASEGURADO	

**Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo de la declaración asegurabilidad por el padre y la madre**

**ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE**

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

\* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

**Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>                    | 8. CIRUGÍA <input type="checkbox"/>                                |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/>                   | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>                            |
| 3. CANCER <input type="checkbox"/>   | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/>             |
| 4. DIABETES <input type="checkbox"/>                                       | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>                 |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>                            | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>               |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>                    | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/>             |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input checked="" type="checkbox"/> |

**EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:**


Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

FIRMA ASEGURADO \_\_\_\_\_

Autoriza Ingreso: Si  No

Nombre y firma de quien autoriza \_\_\_\_\_



Huella del índice derecho del asegurado