

DIA	MES	AÑO

SOLICITUD DE:
INGRESO:
 ACTUALIZACION DE DATOS:
REINGRESO

Esta información es confidencial y será utilizada de acuerdo a las disposiciones de la circular externa N° 038 de 2022, expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria

I. INFORMACION PERSONAL										
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN			FECHA DE EXPEDICION Y LUGAR			NACIONALIDAD		CABEZA DE FAMILIA		
CC.	C.E	P.E.P	P.A.S	P.PT				SI	NO	
No.							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TIPO DE VIVIENDA			ESTADO CIVIL			FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		
Arrendada	Familiar	Propia	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	AÑO	MES	DÍA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUDO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DIRECCION DE RESIDENCIA			ESTRATO	BARRIO	CIUDAD	TELEFONO	CELULAR			
CORREO ELECTRONICO			GÉNERO		NIVEL EDUCATIVO:	PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO	ECNOLOGO	
			F	M		PREGRADO	ESPECIALIZACION	DOCTORADO		
II. INFORMACION LABORAL										
EMPRESA			DEPENDENCIA			CARGO				
FECHA DE INGRESO			DIRECCION LABORAL		CIUDAD	TIPO DE CONTRATO		SALARIO BÁSICO		
AÑO	MES	DÍA						\$		
PROFESION			TIPO DE CUENTA	NO. CUENTA BANCARIA	BANCO	MODALIDAD SALARIAL				
			Ahorro	Corriente		Sueldo Básico				
						<input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/>				
III. INFORMACION FINANCIERA										
ACTIVOS			PASIVOS			INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		
Inmuebles	\$		Obligaciones Financieras	\$		Ingresos		Arrendamiento o		
Vehículos	\$		Tarjetas de Crédito	\$		Actividad Principal		cuota de vivienda		
Otros Activos	\$		Otros Pasivos	\$		Otros Ingresos		Gastos de Sostentamiento		
Total Activos	\$		Total Pasivos	\$		Total Ingresos		Pago Deudas		
								Total Egresos		
ACTIVIDAD ECONOMICA					CÓDIGO CIU		ES DECLARANTE DE RENTA			
Empleados <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro, Cúal?							Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?			TIPO DE PRODUCTO		IDENTIFICACIÓN O No. PRODUCTO		ENTIDAD			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
MONTO			CIUDAD		PAÍS		MONEDA			
\$										
IV. DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE										
HA DESEMPEÑADO EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES CARGOS O ACTIVIDADES EN LOS CUALES:										
¿Maneja recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Tiene reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Maneja o ha manejado algún cargo público durante los dos últimos años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										
Si alguna de las anteriores preguntas es afirmativa por favor especifique:										
V. DESCUENTO AUTORIZADO- APORTE										
Autorizo al Fondo de Empleados a descontar como cuota de aporte social y ahorro permanente la suma de \$ _____ Mensual										
VI. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES										
Autorizo a (señale la empresa en la que labora): _____ Para que descuente de mi salario y/o cualquier tipo de Licencia e incapacidad, prestaciones legales o extralegales las obligaciones contraídas en mi calidad de Asociado(a) a FEDEMARLY, los aportes sociales y ahorros obligatorios y cualquier obligacion con FEDEMARLY. Declaro que la informacion que suministré es verdadera y autorizo a FEDEMARLY para su comprobación. En caso de existir inconsistencias, acepto ser excluido(a) de dicha entidad y manifiesto que los recursos depositados en FEDEMARLY provienen de _____.										
Autorizo de manera expresa e irrevocable a FEDEMARLY o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier titulo la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la informacion que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo. Esta autorizacion se hace extensiva tambien para que en el evento de presentarse atraso o no pago de las obligaciones a nuestro cargo esta circunstancia sea comunicada a las centrales de riesgo, para los efectos pertinentes y dentro de las condiciones autorizadas.										
Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o juridica, privada o publica, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con FEDEMARLY o con quien represente sus derechos.										

Obrando en nombre propio de manera voluntaria, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a FEDEMARLY con el proposito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con FEDEMARLY.

1. Declaro que los recursos que permitan realizar transacciones con FEDEMARLY tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupacion. Oficio, profesion, negocio, etc) _____
2. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilicita de las contempladas en elCodigo Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilicitas de las contempladas en elCodigo Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no esten relacionadas con las mismas.
Estoy informado de mi obligacion de actualizar mi informacion en los plazos que solicite FEDEMARLY por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualizacion sea por lo menos una vez al año.

En caso de que FEDEMARLY otorgue auxilios, sean distribuidos a las personas que aquí relaciono y según el porcentaje que expreso bajo mi

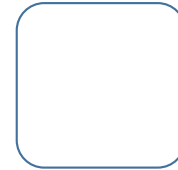
BENEFICIARIOS

NOMBRE	Parentesco	
Documento de Identidad	FECHA DE NACIMIENTO	TEL:
NOMBRE	Parentesco	
Documento de Identidad	FECHA DE NACIMIENTO	TEL:
NOMBRE	Parentesco	
Documento de Identidad	FECHA DE NACIMIENTO	TEL:
NOMBRE	Parentesco	
Documento de Identidad	FECHA DE NACIMIENTO	TEL:
NOMBRE	Parentesco	
Documento de Identidad	FECHA DE NACIMIENTO	TEL:

En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo el presente formato.

Firma _____
 Cedula N° _____ De _____

Nombre Completo _____



Huella Digital

ESPACIO EXCLUSIVO PARA FEDEMARLY

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE ENTREVISTA	AÑO	MES	DIA	HORA:	LUGAR	
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN REALIZA LA ENTREVISTA						
RESULTADO DE LA ENTREVISTA						

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN	Resultado de la verificación:	
AÑO	MES	DIA
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN		FIMA

APROBACION DE INGRESO

FECHA DE SOLICITUD			APROBADO	FECHA DE APROBACION			FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
AÑO	MES	DIA	SI _____	AÑO	MES	DIA	
			NO _____	CODIGO			



FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY
“FEDEMARLY”
NIT: 860.025.786-9

ANEXOS Y AUTORIZACIONES

AVISO DE PRIVACIDAD: En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”, (en adelante LEPD) y del Decreto 1377 de 2103, “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012”, el presente aviso de privacidad tiene como objeto obtener la autorización expresa e informada del titular para el tratamiento y la transferencia de sus datos a terceras entidades. Las condiciones del tratamiento son las siguientes:

- El FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY será el responsable del tratamiento de sus datos personales.
- Con objeto de recibir una atención integral como cliente, los datos personales recabados serán tratados con las siguientes finalidades: propósitos comerciales, información sobre comportamiento y crédito comercial; y gestión contable fiscal y Administrativa.
- La política de tratamiento de los datos del titular, así como los cambios sustanciales que se produzcan en ésta, se podrán consultar a través del correo electrónico Informacion@fedemarly.com o de la página web.
- El titular puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos con un escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY a la dirección de correo electrónico Informacion@fedemarly.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección, calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: De conformidad enunciada anteriormente, doy mi consentimiento, como titular de mis datos personales, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, para que sean tratados con arreglo a los siguientes criterios:

- La finalidad del tratamiento será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento con los principios básicos que marca la Ley.
- La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, con un escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY a la dirección de correo electrónico Informacion@fedemarly.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.
- La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través del correo electrónico Informacion@fedemarly.com o de la página web.

AUTORIZACIÓN EXPRESA: De conformidad con lo previsto en 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”, autorizo, como titular de mis datos personales, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, los cuales serán tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y con base en la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso correo electrónico Informacion@fedemarly.com o en la página web.

De igual modo, 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 al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY a la dirección de correo electrónico Informacion@fedemarly.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.

CLÁUSULA INFORMATIVA: De conformidad con lo previsto en 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”, le informamos que sus datos, consignados en el presente formulario, serán incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, los cuales serán tratados con la finalidad de actualizar los datos brindando cumplimiento al manual de siplaf de FEDEMARLY a la vez mantener datos estadísticos para ofrecer productos y servicios dando cumplimiento con el objeto social. De igual modo, se le informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las medidas de seguridad definidas en la política de tratamiento desarrollada por el FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, a la cual se puede tener acceso a través del correo electrónico Informacion@fedemarly.com y de la página web. Usted puede ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY a la dirección de correo electrónico Informacion@fedemarly.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.



FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY
“FEDEMARLY”
NIT: 860.025.786-9

AUTORIZACIÓN EXPRESA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES: De conformidad con lo previsto en 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” y las demás normas concordantes, autorizo como titular de mis datos biométricos y en particular de mi imagen, para que las imágenes tomadas dentro del FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, bien sea en fiestas internas, cumpleaños, actividades puntuales o bien fuera de la institución, como excursiones, cursos, capacitaciones o cualquier otra actividad externa, sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, y puedan ser utilizados en sus publicaciones con la finalidad de obtener evidencia de los eventos sociales y con respecto a los demás datos biométricos como la huella es con el fin de respaldar las obligaciones contraídas con FEDEMARLY.

De igual modo, 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 al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY dirigido a la dirección de correo electrónico Informacion@fedemarly.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo postal remitido a la dirección calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.

AUTORIZACION PARA DATOS SENSIBLES: De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos, “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”, autorizo expresamente, como titular de mis datos personales, en especial, los de carácter sensible, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY, para que sean tratados con la finalidad de respaldar obligaciones con FEDEMARLY.

De igual modo, como titular, quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento; y además, puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY a la dirección de correo electrónico Informacion@fedemarly.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

DOCUMENTO: _____