



ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Fondo de Empleados del Departamento de Antioquia

Fecha de actualización

1. Datos Personales

Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Tipo de identificación C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		Número de identificación	
Lugar de expedición			
Fecha expedición Día Mes Año		Lugar de nacimiento	
Fecha de nacimiento Día Mes Año			
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Celular	
Dirección Residencia		Barrio	
Municipio			
Departamento		Estrato	
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Teléfono residencia	
Número de hijos		Personas a cargo	
Cabeza de familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nacionalidad	
Correo Electrónico			
Correo Electrónico alternativo		Redes sociales Facebook	
		Instagram	

2. Información Académica

Nivel de estudios Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>		Título obtenido	
Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			

3. Información Cónyuge

Nombre completo			
Número de identificación		Lugar de expedición	
Fecha expedición Día Mes Año			
Actividad laboral Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Salario \$	
Egresos			
Ocupación		Nombre de empresa	
Fecha de ingreso Día Mes Año			
Teléfono oficina		Dirección empresa	

6. Referencias

Familiar

Nombre de un pariente*		*Que no viva con el solicitante	
Parentesco		Celular	
Dirección		Teléfono	
Ciudad			

Personal

Nombre de un pariente*		*Que no viva con el solicitante	
Parentesco		Celular	
Dirección		Ciudad	

Financiera

Nombre Entidad		Producto	
Número de cuenta		Teléfono	
Ciudad			

7. Ahorros

Porcentaje obligatorio a retener %		Ahorro a la vista \$	
Ahorro educativo \$		Ahorro Navideño \$	
*Desde el 20% de un SMLV valor mes		*Desde el 6% de un SMLV valor mes	

8. Entrevista SARLAF titular principal

1. ¿Maneja dineros públicos de la Nación, Departamento, Municipio o algún ente descentralizado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene reconocimiento público?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ejerce algún grado de poder público?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de responder sí a la anterior pregunta por favor indique su actual cargo _____

9. Autorización para el manejo de datos personales

_____, con documento de identidad N° _____, autorizo al Fondo de Empleados del Departamento de Antioquia, Fedean, para el tratamiento de mis datos personales con fines estadísticos, comerciales y los demás necesarios para el desarrollo de su objeto social. Dejo constancia que fui informado por Fedean sobre mis derechos relacionados con el conocimiento, acceso, rectificación, actualización, revocatoria y supresión de tales datos. Igualmente, fui nombrado sobre las políticas definidas por la entidad para el tratamiento de mis datos personales.

10. Declaración voluntaria de origen de fondos

El asociado obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, declara que los recursos depositados, obtenidos o involucrados en las operaciones financieras solicitadas, tienen origen y destino en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de sus negocios, tal como se describe en la solicitud, y que no se relacionan en actividades ilícitas, especialmente lavado de activos o financiación del terrorismo. Que conoce y aplica las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y no permitirá que terceros realicen transacciones en sus productos o entreguen en su nombre o de la entidad que representa, fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas o a favor de personas involucradas con las mismas. Autoriza a Fedean para terminar unilateralmente cualquier relación contractual, o exigir en forma anticipada el pago de cualquier obligación, en caso de vinculación sospechosa de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre lavado de activos y financiación al terrorismo del solicitante o su(s) representante(s), socios administradores o personas vinculadas.

11. Información Financiera

Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales		
Salario/Mesada	\$	Gastos familiares	\$	Total Activos
Comisiones/Honorarios	\$	Arrendamiento o cuota de vivienda	\$	\$
Arrendamientos	\$	Obligaciones financieras	\$	Total Pasivos
Otros ingresos*	\$	Otros egresos	\$	\$
Detalle otros ingresos*	\$	Total egresos	\$	Total Patrimonio
Total ingresos	\$	Saldo deudas actuales	\$	\$

12. Bienes Raíces

Casa Apartamento Otro Dirección _____ Ciudad _____

Valor Comercial \$ _____ Saldo Deuda \$ _____ Hipoteca a favor de _____

13. Vehículo

Marca _____ Modelo _____ Placa _____ Valor Comercial _____

Saldo Deuda \$ _____ Prenda a Favor de _____

14. Información Laboral

Activo Jubilado Prejubilado Nombre de la entidad _____

Fecha de Ingreso Día Mes Año _____ Secretaria _____ Oficina número _____

Teléfono oficina _____ Departamento _____ Municipio _____

Cargo _____ Tipo de contrato Carrera administrativa Provisional Otro ¿Cuál? _____

15. Información Grupo Familiar

*Asociados solteros: hijos, padres, hermanos menores de 18 años que dependen económicamente. Asociados casados: Cónyuge o compañera (o) permanente, hijos menores de 18 años. (La acreditación del parentesco se exigirá sólo para eventos y reclamaciones)

Documento identidad _____ Nombre completo _____

Fecha nacimiento Día Mes Año _____ Parentesco _____ Escolaridad _____

Documento identidad _____ Nombre completo _____

Fecha nacimiento Día Mes Año _____ Parentesco _____ Escolaridad _____

Documento identidad _____ Nombre completo _____

Fecha nacimiento Día Mes Año _____ Parentesco _____ Escolaridad _____

En caso de fallecimiento quedan autorizadas las siguientes personas para reclamar mis haberes y derechos que poseo en Fedean

Documento identidad _____ Nombre completo _____

Fecha nacimiento Día Mes Año _____ Parentesco _____ Porcentaje % _____

Documento identidad _____ Nombre completo _____

Fecha nacimiento Día Mes Año _____ Parentesco _____ Porcentaje % _____

16. Autorización de recolección y uso de huella

_____, identificado con número de cédula N° _____, manifiesto que he leído los siguientes términos y condiciones para la recolección, consulta, uso de mis huellas y de mi información personal, por parte de Fedean. Al aceptar estos términos y condiciones reconozco que fui debidamente informado. **Tratamiento y Finalidad de huellas Dactilares y otros datos personales:** Considerando que mis huellas dactilares y demás datos personales, cuya recolección y uso por el presente documento, constituyen información sensible de suministro facultativo, los datos que se recolectan serán tratados de manera leal y lícita por Fedean, para los fines que se indican en la cláusula: Autorizaciones, de la presente autorización. **El titular o persona a quién se captura la huella tiene derecho a:** I. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a Fedean. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado. II. Ejercer el derecho Constitucional y fundamental de **Habeas Data**. III. Solicitar a Fedean prueba de la autorización para recolectar y tratar sus datos personales. IV. Ser informado, previa solicitud, por Fedean respecto del uso que le ha dado a sus datos personales. V. Presentar ante la Superintendencia de Economía Solidaria quejas por infracciones a la ley de disposiciones generales para la protección de datos personales y las demás normas que la modifique, adicionen o complementen. VI. Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión solo cuando, entre otras, la Superintendencia de Economía Solidaria haya determinado que en el tratamiento se ha incurrido en conductas contrarias a la ley y a la Constitución. VII. Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento. **Autorizaciones:** De manera previa, expresa, informada y explícita, autorizo a Fedean para que realicen lo siguiente: I. Recolectar e incluir mis huellas dactilares y demás datos personales en la base de datos administrada por Fedean, así como el tratamiento, consulta, y la utilización de la misma por parte de Fedean, con el objetivo entre otros de identificarme al momento de utilizar cualquiera de sus servicios o productos. II. Utilizar mis datos personales para realizar campañas de Marketing, envío de correos promocionales de productos o servicios de Fedean, para identificación en procesos institucionales como: elecciones, Asambleas, Juntas, Consejos, Comités. III. Emplear o utilizar mis huellas dactilares y demás datos personales para elevar los niveles de eficiencia, control, seguridad y servicios en las operaciones y transacciones a realizar en los diferentes procesos de Fedean. IV. Transferir o enviar mis huellas dactilares y demás datos personales a empresas y/o organizaciones ubicadas dentro o fuera del territorio nacional que dispongan de la infraestructura necesaria para su adecuado almacenamiento y/o eventuales servicios de *cloud computing* (computación en la nube). V. Acceder y consultar mis datos personales (privados, semiprivados, sensibles o reservados) que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada ya sea nacional, internacional o extranjera.

Espacio exclusivo Fedean

Fecha realización entrevista _____ Nombre y firma _____ Nombre y firma _____
*Realizó la entrevista *Responsable verificación

Fecha verificación _____ Observaciones _____

17. Moneda extranjera

Realiza operaciones en moneda extranjera Si No Cuáles _____

Posee cuentas en moneda extranjera Si No Cuáles _____

N° de cuenta _____ Banco _____

País/Ciudad _____ Moneda _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

Firma del asociado

Huella índice der.