

 SOLICITUD DE INGRESO FONDO DE EMPLEADOS DE COMUNICAN Y CROMOS FADECA					FECHA:	
DATOS GENERALES						
NOMBRE			DIR. CASA			
DOC. IDENTIDAD	DE	F. EXPED.	BARRIO	TELEFONO		
F. NACIMIENTO	EN	ESCOLARIDAD	CELULAR			EXT:
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)	CASADO(A)	U. LIBRE	VIUDO(A)	CORREO ELECTRONICO PERSONAL	
BENEFICIARIO	TELEFONO		# CUENTA DE NÓMINA			
DATOS EMPRESA			AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
EMPRESA	F. INGRESO		Autorizo a FADECA para incluir mis datos personales en su base de datos los cuales serán recolectados, almacenados y usados exclusivamente para los siguientes fines: - Asegurar el correcto cumplimiento de la prestación de los servicios como Asociado del Fondo. - Efectuar estudios estadísticos con el fin de mejorar el servicio. - Gestionar tareas básicas de administración Con ésta autorización usted tiene derecho a conocer, actualizar y solicitar la rectificación en cualquier momento de sus datos personales. - Solicitar prueba del otorgamiento de la presente autorización - Saber el uso que FADECA ha hecho de sus datos personales - Revocar la presente autorización en caso de incumplimiento de los derechos anteriormente enunciados - Acceder sin costo alguno a sus datos personales previamente autorizados a través de la línea 4232300 Ext. 1115 en Bogotá o al correo electrónico ffadeca@elespectador-cromos.com, o acudir directamente a la sede de FADECA en la calle 103 # 69B-43 en Bogotá. Finalmente le informamos que sus datos personales se almacenaran de manera segura, habiendo tomado todas las medidas de precaución para proteger su información contra adulteraciones, pérdidas, consultas y uso o acceso no autorizado o inadecuado.			
SALARIO BASICO	AHORR/MES (5 AL 10%)	\$				
SECCION / AREA	FECHA 1ER DESCUENTO					
AUTORIZACION DE DESCUENTOS Y/O CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO						
Autorizo a la empresa: _____ a descontar por nómina los valores correspondientes a los aportes pactados con el fondo y los pagos por obligaciones contraídas con el mismo. En caso de retiro autorizo a la empresa a descontar de mis prestaciones sociales la totalidad de los valores que a la fecha de retiro le adeude al fondo por todo concepto. Autorizo la consulta y reporte de mi información financiera en centrales de riesgo de acuerdo con la normatividad vigente y las políticas establecidas por el reglamento de crédito de FADECA.						
Con mi firma certifico la veracidad de los datos consignados en el presente documento y ratifico las autorizaciones en el consignadas.						
Firma del Solicitan _____						
APROBADO:	FECHA APROBACIÓN:	OBSERVACIONES:				

FONDO DE EMPLEADOS "FADECA" CLLE 103 69B-43 OFICINA : PISO 6 TEL: 4232300 EXT 1115 CEL 3143196637