



**FONDO DE EMPLEADOS DE BRILLADORA  
EL DIAMANTE SIGLA FEDIAMANTE**  
NIT:900.741.129-5

**Solicitud de Asociación y  
Actualización Persona Natural**

Código:  
Versión: No. 2  
Fecha: Junio 2019

Vinculación  Reingreso  Actualización de datos  Fecha de diligenciamiento,  Ciudad:

Por medio de la presente solicito mi asociación a **FEDIAMANTE** aceptando las normas internas que regulan al fondo de empleados y comprometiéndome a cumplir todas las obligaciones que de ellas derivan, así con las disposiciones emanadas de sus organismos de Dirección y Administración. Para los fines de esta solicitud suministro la siguiente información. **[favor diligenciar en letra imprenta y sin enmendaduras]**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Documento de Identidad No.  Expedido en:  Fecha de Expedición:   
 C.C.  TI  CE

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Lugar de Nacimiento- Dpto. Municipio \_\_\_\_\_  
 MM \_\_\_\_\_ DD \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_

Estado Civil  Nacionalidad

Nivel de Estudio \_\_\_\_\_ Ocupación, Oficio, Profesión \_\_\_\_\_  
 Ninguno  Primaria  Bachillerato  Técnico  Universitario  Post Grado  Otro

Dirección: Residencia: \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Estrato \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ No. Celular  E-mail Personal \_\_\_\_\_

**DATOS LABORALES**

Empresa Donde Labora \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Sección O Dpto. \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Empresa Donde Labora \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Teléfono(S) \_\_\_\_\_ No Celular Corporativo \_\_\_\_\_

Tipo De Contrato: Indefinido  Fijo (Tiempo)  Obra Labor  Pensionado

Descripción Actividad Económica \_\_\_\_\_ CIU 0010 Salario Básico: \_\_\_\_\_  
 Cuenta de Nómina No. \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_  
 Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_ E-mail Corporativo \_\_\_\_\_

**DATOS FAMILIARES Y BENEFICIARIOS DE SEGURO, AUX. FUNERARIO**

**Asociado casado:** padres, cónyuge o compañero permanente, hijos o hijastros menores de 18 años o mayores discapacitados  
**Asociado soltero:** padres, hijos o hermanos (excluyentes) menores de 18 años o mayores discapacitados.

Nivel de escolaridad indique el grado mas alto de escolaridad alcanzado:

1 Ninguno  2 Primaria  3 Secundaria  4 Técnico  5 Tecnólogo  6 Universitario  7 Post Grado

PARENTESCO	No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AA	ESCOLARIDAD	TELEFONO	% DE AHORRO AL BENEFICIARIO:



Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos (24) meses cargos o actividades en los cuales:

¿Maneja o manejó recursos públicos o tenga poder de disposición sobre estos? Si  No

¿Tiene o goza de reconocimiento público? Si  No  indique \_\_\_\_\_

¿tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encaje en los escenarios descritos previamente?  
Si  No  indique \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FINANCIERA

✓ Ingreso Mensual \$  \_\_\_\_\_ Egreso Mensual \$  \_\_\_\_\_

Otros Ingresos \$ \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

Total Activos \$ \_\_\_\_\_ Total Pasivos \$ \_\_\_\_\_

Total Patrimonio \$ \_\_\_\_\_

### OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

✓ ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

✓ ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

No cta. \_\_\_\_\_ Moneda \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Declaro que no realizo transacciones  
en moneda extranjera

FIRMA

### INFORMACIÓN DE APORTES Y AHORROS

✓ Autorizo descontar los valores con destino a los ahorros en FEDIAMANTE

Ahorros permanentes (2% al 10%) del salario básico \_\_\_\_\_ %

Ahorro Contractual \_\_\_\_\_ (Valor Mensual)

Autorizo a **BRILLADORA EL DIAMANTE** para descontar de mis salarios, cesantías, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como cualquier otra suma a la que tenga derecho, las cuotas tanto de aportes como de servicios. Autorizo al **FONDO DE EMPLEADOS FEDIAMANTE** para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como asociado de la entidad, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier otra central de información debidamente constituida. Así mismo autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte de **FEDIAMANTE** o de terceros, todo respetando las limitaciones impuestas por las normas legales. **Igualmente me comprometo durante la vigencia de la asociación a actualizar la información suministrada en esta solicitud, la cual se entiende vigente hasta tanto le notifique a FEDIAMANTE cualquier modificación.** Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al decreto 1377 de 2013, se le informa al titular de los datos personales que **FEDIAMANTE** llevará a cabo los siguientes tipos de tratamiento de datos: recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de información, con la finalidad de ofrecer y suministrar información de los productos y servicios, reportar y actualizar ante los operadores de información y riesgo, actualizar el resultado de las relaciones contractuales, dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, prevenir el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo entre otras. **FEDIAMANTE** actúa de conformidad con el artículo 15 de nuestra Constitución Política garantizando que nuestros asociados puedan conocer, actualizar y rectificar los datos personales que administre en la entidad. **FEDIAMANTE** obtiene la autorización del titular de los datos dando su consentimiento por escrito en este documento. Declaro conocer la normatividad vigente y autorizo los descuentos establecidos en los mismos.

Así mismo me comprometo a realizar consignación en la cuenta asignada por **FEDIAMANTE** los aportes y obligaciones adquiridas con **FEDIAMANTE** siempre y cuando no se realice el descuento por nómina. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al fondo de empleados para que la verifique.

**Nota:** Adjunto fotocopia cédula de ciudadanía y 1 desprendible de nómina.

FIRMA:



Huella

### INFORMACIÓN RESPONSABLE DE ASOCIACIÓN Y VERIFICACIÓN

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_ Ciudad de recepción: \_\_\_\_\_

Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista y verificó los datos contemplados en la información:  
\_\_\_\_\_

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_ Acta No. \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_