SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Ciudad/ Territorial | Tipo de novedad: | Primera vez ☐

Fecha diligenciamiento DD/MM/AAAA | Reingreso ☐

DATOS DEL ASPIRANTE

Número de Identificación: | Tipo: CC ☐ TI ☐ CE ☐ | Nacionalidad:

Expedida en: | Fecha de Expedición DD/MM/AAAA | Género: Femenino ☐ Masculino ☐

Nombres y Apellidos:

Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA | Departamento Nacimiento

Municipio Nacimiento | Estado Civil | No. de Personas a Cargo

Mujer cabeza de familia Sí ☐ No ☐ | Estrato | Dirección domicilio

Departamento domicilio | Municipio domicilio

Teléfono Domicilio: | Teléfono Celular

E-mail personal

ACTIVIDAD ECONOMICA

Entidad: Funcionario DANE ☐ Empleado FEDANE ☐ Exfuncionario DANE/FEDANE ☐ Pensionado DANE/FEDANE ☐

Fecha de ingreso al DANE o entidad donde labora (Si aplica) DD/MM/AAAA

Nombre de la empresa donde labora (Si aplica)

Tipo de vinculación al DANE o entidad donde labora
Indefinido ☐ Fijo ☐ | Prestación de servicios ☐ | Carrera Administrativa ☐ | Libre Nombramiento y remoción ☐ | Planta provisional ☐

Cargo | Profesión | Nivel de Escolaridad

Dirección Trabajo | Teléfono/Extensión

Email trabajo

Descripción de Actividad Económica | CIIU

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal

Otros Ingresos Especificar:

*	
*	
*	

Total Activos

Total Pasivos

Total Patrimonio

Egresos mensuales

Vivienda: Propia ☐ Familiar ☐ En Arriendo ☐

Carro propio: Si ☐ No ☐

PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS – PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	Si ☐	No ☐
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	Si ☐	No ☐
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Si ☐	No ☐
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	Si ☐	No ☐

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐ ¿Cuáles?

¿Posee cuentas en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐

Banco No. de Cuenta

Moneda Ciudad País

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Los recursos que poseo, provienen de las siguientes fuentes: _____

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el código civil colombiano.

2. Los recursos y beneficios que se deriven de mi relación como asociado de FEDANE, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo_____, con CC No._____, expedida en_____, con la presente autorizo a la pagaduría de la entidad generadora del vínculo de asociación, efectuar mensualmente la deducción para APORTES y AHORROS en el equivalente al _____% (mínimo 4%, máximo 10%, para pensionados mínimo el 5%) del sueldo devengado mensualmente o mesada pensional, con destino al Fondo de Empleados del DANE, FEDANE. La presente autorización se extiende, además, a los descuentos que por préstamos u otras causas, ordene a mi cargo el Gerente o la Junta Directiva del Fondo, así como al descuento de la cuota de afiliación que corresponde al 5% del sueldodevengado mensualmente o mesada pensional que solicito se difiera a_____cuotas.

AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA MANTENER, TRANSMITIR Y TRATAR DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, SENSIBLE, BIOMÉTRICOS Y DE MENORES DE EDAD DE RESPONSABILIDAD DEL ASOCIADO.

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:

1. A que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FEDANE, los cuales serán tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación de asociación, además de brindar información referente a las relaciones establecidas con los proveedores con los cuales FEDANE mantiene convenios enfocados en la prestación de servicios a los asociados y sus beneficiarios, con base en la política de tratamiento.
2. La transferencia de mis datos a los proveedores con los que FEDANE suscriba convenios, cuyo objeto social sea: Salud, seguridad, recreación, entretenimiento, educación y comercio, con la finalidad específica de brindar los servicios correspondientes.
3. A que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FEDANE, para que sean tratados con arreglo a la finalidad del tratamiento, que será la que se defina en cada caso concreto, respetando en todo momento los principios básicos que marca la Ley.
4. Además de mis datos biométricos y en particular de mi imagen, para que las imágenes tomadas dentro de FEDANE, 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 de FEDANE, y puedan ser utilizados en sus publicaciones con la finalidad de conservar registro y soporte de las actividades que realice el fondo, además de que los asociados las conozcan por medio de la página web de FEDANE y se puedan utilizar como complemento de los medios publicitarios y de difusión.

De igual modo, como titular de mis datos personales, en especial, los de carácter sensible, autorizo que éstos sean incorporados en una base de datos de responsabilidad de FEDANE, para que sean tratados con la finalidad de realizar vínculos con entidades prestadoras de servicios de salud, acondicionamiento físico, seguros de vida y relacionados. Teniendo en cuenta que quedo informado de que, por tratarse de datos de carácter sensible, no estoy obligado a autorizar dicho tratamiento.

Adicionalmente, en calidad de representante legal de los menores relacionados en el formato de inscripción y/o en los formatos de inclusión de los diferentes convenios que maneja FEDANE, autorizo que los datos incluidos sean incorporados a una base de datos responsabilidad de FEDANE, para que sean tratados con la finalidad de extender mis beneficios como asociado.

Así mismo, 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 FEDANE a la dirección de correo electrónico lcgonzalezfdane.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, Cra 59 No 26-70 Int. 1 Edif. DANE de la ciudad de Bogotá D.C.
Los datos incluidos en las bases de datos, serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso por medio del correo electrónico fedane@dane.gov.co, o en la página web https://fedane.com/

AUTORIZACIÓN EXPRESA DE CONSULTA Y REPORTE

Autorizo a consultar y reportar en cualquier momento a DATACRÉDITO EXPERIAN o a cualquier otra base de datos manejada por un operador datos, tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias, mis deberes legales de contenido patrimonial, mis datos de ubicación y contacto, mis solicitudes de crédito así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. Lo anterior con fines de la prestación de servicios por parte de FEDANE o en los casos en que lo requiera y lo permita la Ley.

La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en FEDANE, en DATACRÉDITO EXPERIAN o en la central de información de riesgo a la cual se hayan suministrado los datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a ser informado sobre las correcciones efectuadas.

En constancia de haber sido suficientemente informado del contenido y alcance de las anteriores autorizaciones se firma a los_____días del mes de_____de _____.

Firma:_____
Cédula No: De:

ESPACIO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA

Observaciones	
Fecha de realización de entrevista	DD/MM/AAAA
Nombre y Firma de quien realizó la entrevista	
Fecha verificación de información	DD/MM/AAAA
Nombre y Firma del responsable de realizar la verificación	

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación	☐
Constancia de ingresos (honorarios, certificado de ingresos y retenciones, certificado de pensión)	☐

INFORMACIÓN DEL REFERENTE

Nombres y Apellidos:	
Cédula:	

Firma del asociado referente: _____