



FONDO DE EMPLEADOS HALLIBURTON LATIN AMERICA

Señores

FEHALCO

E. S. M.

Solicito estudiar la posibilidad de ser aceptado como asociado del FONDO DE EMPLEADOS DE HALLIBURTON LATIN AMERICA, comprometiéndome a cumplir con sus Estatutos y Reglamentos, los cuales declaro conocer y aceptar.

SOLICITUD DE AFILIACION

INFORMACION PERSONAL

Cédula No. _____ Fecha de expedición _____ Ciudad _____

Apellidos y nombres _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____ Estado civil _____

Dirección de residencia _____

Ciudad _____ Departamento _____

Teléfono fijo _____ Celular _____

Tipo de vivienda Propia _____ En arriendo _____ Familiar _____

Tiene parentesco con otro asociado a **FEHALCO** SI _____ NO _____ Nombre _____

Referencia familiar Nombre _____ Teléfono _____

INFORMACION LABORAL

Empresa donde Labora _____ Fecha de ingreso _____

Tipo de contrato _____ Línea SS/PSL _____ Base _____

Cargo _____ Salario \$ _____ Profesión _____

Correo corporativo _____ Correo personal _____

Actividad económica _____ CIU (Código actividad DIAN) _____

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS SI _____ NO _____

POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO SI _____ NO _____

POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI _____ NO _____

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ESPECIFIQUE _____

TIENE ALGUN VINCULO FAMILIAR CON ALGUNA PERSONA QUE CUMPLA CON LAS CARACTERISTICAS ANTERIORES SI _____ NO _____

SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ESPECIFIQUE SU NOMBRE COMPLETO _____



FONDO DE EMPLEADOS HALLIBURTON LATIN AMERICA

SOLICITUD DE AFILIACION

INFORMACION FINANCIERA Y BANCARIA

Total Activos (Bienes a su nombre) \$ _____ Total Pasivos (Deudas y Obligaciones por pagar) \$ _____

Total Ingresos Mensuales \$ _____ Total Gastos del mes \$ _____

Banco _____ Cuenta No. _____ Ahorros _____ Corriente _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera? SI _____ NO _____ MONEDA _____

Banco _____ Cuenta No. _____

Ciudad _____ País _____

INFORMACION AUTORIZACION DESCUENTOS

AHORRO OBLIGATORIO (Mínimo 3% - Máximo 10% del salario básico) _____% Valor \$ _____

AHORRO VOLUNTARIO (Ahorro a la vista) Valor \$ _____

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a **FEHALCO** para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Autorizo a **FEHALCO**, para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y declaro que mis ingresos y bienes provienen de mi actividad económica principal.

Fecha Consulta visor judicial _____ Verificado por: _____

Ciudad y fecha _____ Firma del solicitante _____

Datos verificados por _____ Fecha _____



FONDO DE EMPLEADOS HALLIBURTON LATIN AMERICA

De ser aceptado como Asociado del FONDO DE EMPLEADOS DE HALLIBURTON LATIN AMERICA "FEHALCO", manifiesto:

SOLICITUD DE AFILIACION

1. Que me comprometo a cumplir estrictamente, el Estatuto, la reglamentación que rige y las disposiciones emanadas de la Junta Directiva de "FEHALCO" y autorizo expresamente de manera irrevocable a la pagaduría del empleador para que efectúe todos los descuentos correspondientes de mi salario en favor de "FEHALCO". Estos descuentos se efectuarán por cada uno de los eventos que generan el vínculo de asociación o la utilización de servicios de "FEHALCO" (cuota de afiliación, aportes, ahorros, créditos, servicios, etc.). Por otra parte autorizo a "FEHALCO", para que haga la negociación de servicios, pólizas, convenios, etc., y autorizo la respectiva liquidación y renovaciones automáticas por cada concepto; a su vez el descuento por nomina a mi empleador por dichos conceptos, hasta el momento que manifieste por escrito el retiro de los mismos. De igual manera y en caso de terminación del contrato de trabajo con el empleador, existiendo saldos pendientes con "FEHALCO" por cualquier concepto, autorizo que estos sean descontados de mi salario, prestaciones sociales y/o indemnizaciones, o demás derechos económicos a mi favor, incorporados a mi liquidación definitiva del contrato de trabajo.

2. AUTORIZACION CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS COMERCIALES DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAISES, CONSULTA LISTAS INTERNACIONALES

En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a

FEHALCO o a quien represente sus derechos a:

- a) Verificar la información suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente.
- b) Reportar, almacenar, actualizar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del sector financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneja o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con FEHALCO, de control, supervisión, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mí actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Los efectos de la presente autorización se extenderán al tercero que adquiera mis obligaciones (compra de cartera), en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de información a que en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.
- c) Consultar mi información en listas internaciones para fines de SARLAFT.

3. AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a FEHALCO, como institución que recolecta y almacena datos personales, para recolectar, almacenar, usar, circular suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias del FEHALCO, y en su condición de entidad sin ánimo de lucro, que presta servicios de ahorro y crédito, así como para fines administrativos, comerciales, y de publicidad; así mismo autorizo a FEHALCO para contactarme a través de cualquier medio, para enviarme información o notificaciones a través de correo electrónico o medios impresos. También me comprometo a consultar la política de Tratamiento de Datos Personales por cualquiera de los medios que el Fondo ha dispuesto para tal fin, de igual forma acepto mi obligación como asociado de actualizar anualmente la información solicitada por la entidad para cada producto o servicio que utilice.

4. FUENTE DE LOS RECURSOS ECONOMICOS

Declaro expresamente que: Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio):

-
- a) Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
 - b) La información que he suministrado es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente,
 - c) Los recursos que se deriven de los rendimientos de los depósitos, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

Declaro haber leído, entendido, aceptado lo anterior y que la información suministrada a la entidad es exacta. Como constancia firmo el presente documento:

Ciudad y Fecha _____

Firma del Asociado _____



FONDO DE EMPLEADOS HALLIBURTON LATIN AMERICA

SOLICITUD DE AFILIACION**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS POLIZA GRUPO VIDA**

Asegurado principal (Asociado) _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de ingreso a la Compañía _____

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	%	IDENTIFICACION

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA EL GRUPO ASEGURADO

Declaro en mi nombre y en el de mi grupo familiar que lo anotado en esta solicitud es verídico, exacto y completo y que no se nos ha diagnosticado intervención quirúrgica o enfermedad distinta de las declaradas, no practicamos ningún deporte peligroso, ni ejercemos una actividad al margen de la Ley. LA ASEGURADORA se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que en cualquier momento de aceptarse el seguro (Código de Comercio 1058 – 1158). En desarrollo del Art. 34 de la Ley 23 de 1981 autorizamos expresamente a LA ASEGURADORA, para tener acceso a nuestras Historias Clínicas y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Autorizamos igualmente a las instituciones prestadoras de salud o los médicos tratantes la entrega directa a LA ASEGURADORA de esta información médica o segundas opiniones médicas, aun después de nuestro fallecimiento.

Autorizamos a LA ASEGURADORA, para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha durante la vigencia de este seguro en cualquier momento la información allí contenida y/o cualquier relación comercial con esta Aseguradora, a la Asociación Bancaria de Colombia o a cualquier central de información o base de datos.

ENTIDAD ASEGURADA_____
FIRMA DEL ASEGURADO**PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS HALLIBURTON LATIN AMERICA**

Aprobado por el Gerente _____ Fecha _____

Ratificación aprobación Junta Directiva Acta No. _____ Fecha _____

FIRMA PRESIDENTE_____
FIRMA SECRETARIO