

FONDO DE EMPLEADOS GAS NATURAL
SOLICITUD DE ASOCIACIÓN O ACTUALIZACION DE DATOS



NIT 800.119.787-2
 RESOLUCION 1147 08-MAY-1990

FECHA			TIPO DE SOLICITUD		No. CODIGO
DD	MM	AAAA	ASOCIACIÓN	ACTUALIZACIÓN	

DATOS PERSONALES									
NOMBRES			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			
No. IDENTIFICACION		TIPO DOCUMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION			FECHA DE NACIMIENTO			
				DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA
TELEFONO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO PERSONAL				ESTADO CIVIL			
DIRECCION RESIDENCIA					BARRIO		CIUDAD		
TIPO DE VIVIENDA	VALOR COMERCIAL	VEHICULO	MARCA		MODELO	VALOR COMERCIAL			
NIVEL DE ESCOLARIDAD		PROFESIÓN			No. HIJOS	PERSONAS A CARGO		OCUPACION	
MANEJA O MANEJÓ RECURSOS PUBLICOS?		EJERCE O EJERCIÓ CARGOS PUBLICOS?			ES UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE?				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

INFORMACION LABORAL					
EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO		DEPENDENCIA
DIRECCIÓN OFICINA		CIUDAD	TELEFONO	EXTENSION	CELULAR
FECHA DE INGRESO LABORAL		TIEMPO SERVICIO	CORREO ELECTRONICO INSTITUCIONAL		
DD	MM	AAAA			

INFORMACION FINANCIERA						
SUELDO	TIPO DE SALARIO		VINCULACION			
	Básico <input type="checkbox"/>	Integral <input type="checkbox"/>	Indefinido <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Término Fijo <input type="checkbox"/>	Plazo del contrato _____
OTROS INGRESOS	EGRESOS	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	ES DECLARANTE	
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?			POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA?			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> De qué tipo?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de producto?			
PORCENTAJE DE AHORRO			No. CUENTA DE NOMINA		ENTIDAD	
<input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 9% <input type="checkbox"/> 10%						

Declaro que el origen de mis bienes y/o fondos provienen de actividades lícitas, las cuales declaro a continuación:

INFORMACION GRUPO FAMILIAR						
TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO		
				DIA	MES	AÑO

REFERENCIA FAMILIAR Y PERSONAL				
NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO
DIRECCION DE RESIDENCIA		CIUDAD	TELEFONO	CELULAR
NOMBRES		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO
DIRECCION DE RESIDENCIA		CIUDAD	TELEFONO	CELULAR

BENEFICIARIO DE LOS AUXILIOS Y/O SEGUROS EN CASO DE FALLECIMIENTO *

NOMBRE		IDENTIFICACION	PARENTESCO
DIRECCION DE RESIDENCIA	CIUDAD	TELEFONO	CELULAR

Aplica para los auxilios y/o seguros que llegara a tener vigentes FAGAS y en los que el asociado no haya definido previamente los beneficiarios en los formularios de vinculación con las compañías de seguros

AUTORIZACIONES, CONDICIONES Y COMPROMISOS

Autorizo de manera irrevocable al pagador de la empresa a la cual estoy o llegare a estar vinculado de efectuar sobre los ingresos laborales, las deducciones para las cuotas de aporte, ahorro, crédito y todas aquellas obligaciones y descuentos reglamentarios a que haya lugar en razón al vínculo de asociación que tengo con FAGAS. Esta autorización tendrá efectos hasta la terminación del vínculo asociativo.

Autorizo e manera irrevocable al pagador de la empresa a la cual estoy o llegare a estar vinculado para descontar de los salarios, prestaciones, bonificaciones e indemnizaciones y otros pagos a que tengo derecho y/o al fondo de cesantías en los que tengo consignadas mis cesantías, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas, sea descontado y pagado directamente a FAGAS los saldos debidos a su favor por los créditos y servicios otorgados. Para este efecto declaro suficiente la certificación de FAGAS sobre el saldo debido a su favor.

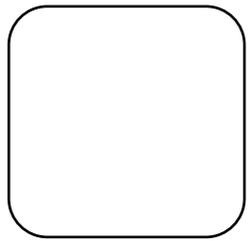
En el evento de no efectuarse los descuentos acá autorizados, me obligo a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi cargo en sus oficinas o mediante consignación en la forma que se me indique. Para los efectos anteriores declaro que conozco las disposiciones estatutarias y reglamentarias de FAGAS, las cuales me comprometo a cumplir estrictamente, junto con los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

En mi calidad de titular de la información, autorizo de manera expresa e irrevocable a FAGAS, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar en cualquier tiempo, toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de información financiera y/o centrales de riesgo que maneje o administre bases de datos. Esta autorización cubija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga como deudor FAGAS o quien represente sus derechos. Así mismo autorizo a las centrales de riesgo a que, en su calidad de operadores, ponga mi información a disposición de otros operadores en los términos que establece la ley, siempre y cuando sea similar al aquí establecido. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que por ser públicos conozco plenamente.

En atención a la aplicación de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, autorizo a FAGAS a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual y solidaria que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que estén, sin limitarse a ellos la atención de mis solicitudes, el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley, análisis de riesgo, estadísticos, de control, supervisión, encuestas, la generación de extractos, gestión de cobranza, mercadeo, verificación y actualización de información, entre otros; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de FAGAS de los que soy titular; 3) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; 4) Promover la seguridad; 5) Demás finalidades establecidas en las políticas y procedimientos de protección de datos definidas por FAGAS, las cuales declaro conocer. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a FAGAS o a quien representen sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FAGAS, a quien éste contrate para el ejercicio de los mismos o a quien éste ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos, servicios o beneficios de los que soy titular. Así mismo, a los terceros con quien FAGAS establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Esta autorización permanecerá vigente hasta tanto mantenga mi relación asociativa con FAGAS, siempre y cuando no tenga ninguna obligación vigente con FAGAS, evento en el cual, la autorización estará activa hasta su pago total.

Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; por ello, autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación contractual, comercial o financiera con FAGAS, y me comprometo actualizar o confirmar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite, estando facultado FAGAS para terminar cualquiera de los contratos celebrados cuando no cumpla con este compromiso. Igualmente me obligo a informar a FAGAS cualquier cambio en la información relacionada con: (i) los datos de contacto, (ii) el lugar de residencia fiscal, y (iii) el lugar de domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca el cambio.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ CC _____



HUELLA DACTILAR

Para mayor información comuníquese con FAGAS al teléfono 3220210 o al e-mail servicio@fagas.com.co

USO EXCLUSIVO FAGAS

APROBACION DEL INGRESO		FECHA DE APROBACION			Vo. Bo. / OBSERVACIONES
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	DD MM AAAA	

ANEXE A ESTA SOLICITUD FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD AMPLIADO AL 150% Y DESPRENDIBLE DE NOMINA