

NIT. 830.055.081-4

**SOLICITUD DE INGRESO**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AAAA – MM - DD

Señores

JUNTA DE ADMINISTRACIÓN

FONVERMONT

Ciudad

Como empleado del Gimnasio Vermont, solicito a Ustedes su aprobación para hacer parte como asociado del fondo de Empleados del Gimnasio Vermont, FONVERMONT, realizando un aporte mensual de $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que corresponde a un porcentaje de mi salario que se halla en el rango del 3 al 10% del mismo, cantidad que podrá ser descontada por nómina de la siguiente manera:

Una sola cuota al final de mes:

Una sola cuota el 15 de cada mes:

Dos cuotas quincenales iguales:

**INFORMACIÓN PERSONAL**

|  |
| --- |
| Nombre completo: |
| Documento de Identidad: C.C. 🗒 C.E. 🗒 # |
| Fecha de Nacimiento (AAAA – MM – DD) |
| Género: Femenino 🗒 Masculino 🗒 Profesión:  |
| Cargo: |
| Tipo de contrato: A término indefinido 🗒 A término fijo 🗒 Otro ¿cuál? 🗒 |
| Estado civil: Número de hijos: |
| Nombre del cónyuge: |
| Documento de identidad del cónyuge: C.C. 🗒 C.E. 🗒 # |
| Dirección residencia:  |
| Ciudad: Teléfono fijo: |
| Teléfono celular: |
| Correo electrónico: |
| EPS: |
| Cuenta de Ahorros Banco Colpatria\* # |

\* Información requerida para futuras transferencias en caso de préstamos

**FONDO DE SOLIDARIDAD – FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

El Fondo de Solidaridad de FONVERMONT ha sido creado con el propósito de ayudar económicamente a los asociados en situaciones de calamidad doméstica, en las cuales se involucre el estado de salud del asociado o de las personas vinculadas por parentesco de primer grado (padres –para asociados solteros- o hijos –asociados casados-).

Para que el asociado pueda gozar de los beneficios del Fondo de Solidaridad, deberá consignar en el siguiente formulario los datos de las personas que desea vincular a este beneficio.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y apellidos | Documento deIdentidad\* | Fecha de Nacimiento (AAAA-MM-DD) | Parentesco | Edad |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Incluir fotocopias de los documentos de identidad propia y de cada uno de los beneficiarios.

Nombre solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle 195 No. 54-75. Teléfono: 6796066. Bogotá, D.C.

**AUTORIZACION PARA LA UTILIZACION DE DATOS PERSONALES**

"Autorizo de manera libre, voluntaria e informada, al Fondo de Empleados del Gimnasio Vermont FONVERMONT identificado con NIT 830055081-4 para almacenar, consultar, procesar y en general dar tratamiento de acuerdo con la ley 1581 del 2012 y el decreto reglamentario 1377 del 2013 la anterior información.  Así mismo, reconozco que de acuerdo con la ley y la política de Habeas Data del Fondo de Empleados del Gimnasio Vermont **FONVERMONT, tengo los siguientes derechos: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos** personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros, frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la ley 1581 de 2012; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que les ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente ley y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el Tratamiento el Responsable o Encargado han incurrido en conductas contrarias a la ley 1581 de 2012 y a la Constitución; y f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: teléfono celular, correo electrónico, dirección de correspondencia, o cualquier medio de contacto.

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 SI ­­­­­­­­­­­­ NO

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_