



SOLICITUD APERTURA AHORRO PERMANENTE FEVIAHORRITO

Versión:

4

Fecha de Aprobación:

03/17/2020

Por medio de la presente solicito a ustedes la apertura del producto de ahorro permanente a los siguientes FEVIAHORRITOS, para lo cual suministro la siguiente información:

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

NOMBRE: _____
 IDENTIFICACIÓN _____

FECHA DILIGENCIAMIENTO

MM

DD

AAAA

INFORMACIÓN DEL FEVIAHORRITO 1

Documento de Identidad No. _____ Expedido en _____
 Tipo de Documento de Identidad _____ Fecha de Expedición _____
 Apellidos _____ Nombres _____

Sexo M F Fecha de nacimiento _____
 Ciudad de nacimiento _____ Departamento _____

Nivel de Estudios Jardín Primaria Bachiller Parentesco _____
 Tecnológico Universidad Otro Email Personal _____

Dirección Residencia _____ Barrio _____
 Teléfono Residencia _____ Celular _____ Ciudad _____

• Ahorro Permanente Feviahorrito desde el 3.2% SMMLV hasta máximo valor permitido a descontar por nómina. \$ _____
 • Ahorro Vista (voluntario) máximo valor Ahorro Permanente mas Aporte Social que ahorre el Asociado \$ _____

Periodicidad del Descuento

QUINCENAL	MENSUAL	15	30
-----------	---------	----	----

INFORMACION DEL FEVIAHORRITO 2

Documento de Identidad No. _____ Expedido en _____
 Tipo de Documento de Identidad _____ Fecha de Expedición _____
 Apellidos _____ Nombres _____

Sexo M F Fecha de nacimiento _____
 Ciudad de nacimiento _____ Departamento _____

Nivel de Estudios Jardín Primaria Bachiller Parentesco _____
 Tecnológico Universidad Otro Email Personal _____

Dirección Residencia _____ Barrio _____
 Teléfono Residencia _____ Celular _____ Ciudad _____

• Ahorro Permanente Feviahorrito desde el 3.2% SMMLV hasta máximo valor permitido a descontar por nómina. \$ _____
 • Ahorro Vista (voluntario) máximo valor Ahorro Permanente mas Aporte Social que ahorre el Asociado \$ _____

Periodicidad del Descuento

QUINCENAL	MENSUAL	15	30
-----------	---------	----	----

INFORMACIÓN DEL FEVIAHORRITO 3

Documento de Identidad No. _____ Expedido en _____
 Tipo de Documento de Identidad _____ Fecha de Expedición _____
 Apellidos _____ Nombres _____

Sexo M F Fecha de nacimiento _____
 Ciudad de nacimiento _____ Departamento _____

Nivel de Estudios Jardín Primaria Bachiller Parentesco _____
 Tecnológico Universidad Otro Email Personal _____

Dirección Residencia _____ Barrio _____
 Teléfono Residencia _____ Celular _____ Ciudad _____

• Ahorro Permanente Feviahorrito desde el 3.2% SMMLV hasta máximo valor permitido a descontar por nómina. \$ _____
 • Ahorro Vista (voluntario) máximo valor Ahorro Permanente mas Aporte Social que ahorre el Asociado \$ _____

Periodicidad del Descuento

QUINCENAL	MENSUAL	15	30
-----------	---------	----	----

AUTORIZACIÓN GENERAL

Autorizo a la empresa en la que trabajo y que esta vinculada al FEVI 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 AV VILLAS - FEVI 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 del FEVI 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 al FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS- FEVI cualquier modificación.

Tratamiento de Datos:

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al decreto 1377 de 2013, se le informa al titular de los datos personales que FEVI llevará a cabo los siguientes tipos de tratamiento de datos: recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de información, con la finalidad de ofrecer, suministrar información de los productos y servicios, reportar, 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. FEVI 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. FEVI 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.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo(amos) la siguiente declaración de Origen de Fondos a la entidad Fondo de Empleados AV Villas - FEVI, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No. 007 de 1.996 expedida por la Superintendencia Bancaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1.993), la ley 190 de 1.995 "Estatuto Anticorrupción" y las demás normas concordantes para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con Fondo de Empleados AV Villas - FEVI, o para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro y Certificados de Depósito a Término.

1. Declaro que los recursos financieros que permiten realizar transacciones comerciales con el Fondo de Empleados AV Villas- FEVI, tienen Origen o Proviene de:

2. Declaro que los recursos que entregaré, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi nombre provenientes de las actividades ilícitas contemplada en el Código Penal Colombiano
4. De igual manera autorizo en forma expresa e irrevocable al Fondo de Empleados AV Villas - FEVI, para solicitar y/o reportar a la central de
5. El Fondo de Empleados de AV Villas - FEVI, una vez verifique la información que bajo mi exclusiva responsabilidad de veracidad, he Igualmente me(nos) comprometo(temos) a actualizar cualquier tipo de modificación de los datos consagrados en el presente formato o en el En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento

FIRMA DEL ASOCIADO _____

CENTRO DE COSTO _____

NUMERO DOCUMENTO _____

TELEFONO DE CONTACTO _____

Nota: Adjuntar fotocopia legible al 150% del documento de identificación de cada uno de los FEVI AHORRITOS