



Bono Fesi Amigos



En FESICOL la palabra **SOLIDARIDAD** tiene un amplio significado, cuando de **tender la mano y estar presente** cuando nuestros Asociados nos necesitan.

Pues **FESICOL** es una entidad que se construye día a día y en donde el amor al prójimo no reconoce límites. **Esta es la entidad de todos y para todos**, por ello queremos brindar una colaboración que seguramente podrá servir para aliviar un poco el desaliento y la angustia que algunos Asociados puedan estar viviendo en esta difícil época.

Queremos dibujar en la cara de nuestros Asociados a través de los años una sonrisa y como siempre estaremos dispuestos a compartir un poco de aquello que juntos hemos construido a través de los años, forjando una **empresa sólida y con proyección al futuro**.

Los invitamos a conocer los detalles para solicitar su **BONO FESI-AMIGO**

- ✓ **¿Quiénes pueden solicitarlo?**
Los Asociados activos en FESICOL a Junio 30 de 2020.
- ✓ **¿Cuáles son los criterios para la asignación del Bono?**
La Junta Directiva definió 4 criterios para definir el valor del bono y son: Antigüedad en FESICOL, Ingreso salarial ó pensión, Tipo de Vivienda y Personas a cargo.
- ✓ **¿Cómo solicitarlo?**
Los interesados deberán diligenciar el formato "BONO DE SOLIDARIDAD FESIAMIGO", que podrán encontrar en la página Web de FESICOL ó solicitarlo a alguno de nuestros Asesores Comerciales. Recuerde adjuntar copia de su desprendible de pago o documento equivalente.
- ✓ **¿Cuándo giran el dinero que se aprueba por BONO FESI-AMIGO?**
El plazo para solicitarlo estará abierto hasta el 2 de Diciembre de 2020. Recuerde que sólo se podrá entregar una ayuda por Asociado.
Se recibirán todos los días solicitudes y haremos corte de lo recibido el día martes de cada semana para girar el día viernes de la misma semana.
- ✓ **¿Cómo saber si fue aprobado el Bono?**
FESICOL emitirá un comunicado vía email dando a conocer al Asociado, la aprobación y monto del mismo.

Recuerda
*Juntos construimos
el Futuro*



**FORMATO
SOLICITUD BONO DE SOLIDARIDAD
FESIAMIGO**

Código: MI-GSO-F001

Versión: 001

Fecha Versión: 06/30/2020 MM/DD/AAAA

(Por favor diligencie en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras) Todos los campos de este formato son de carácter obligatorio.

Fecha de Solicitud MM / DD / AA	Ciudad	Motivo de la Solicitud: Educación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Ayuda Familiares <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disminución de Ingreso <input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------	--

Documentos Requeridos

- Desprendible de nómina.

INFORMACION GENERAL

PERSONA NATURAL

Nº Identificación	Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Fecha de Expedición MM / DD / AA	Lugar de Expedición	Ciudad de Residencia
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
Fecha de nacimiento MM / DD / AA	Estado Civil : Casado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Genero: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Personas a Cargo (#)	
Nivel de Estudios:	Analfabetismo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	Profesión:		
Ocupación o Actividad Económica	Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>	Salario del Asociado		

INFORMACION VIVIENDA

Tipo de Vivienda: Arriendo Familiar Propia Estrato: _____ Vivienda hipotecada: Si No

Vivienda con afectación familiar: Si No Número de años que lleva en su residencia: _____ Banco: _____

INFORMACION GRUPO FAMILIAR

Incluya los datos del asociado como número 1.

	Nombre y Apellidos	Parentesco	Documento		Grado de Escolaridad	Fecha Nacimiento	Marcar con X Dependien del Asociado
			Tipo	Número	Título Obtenido		
1							
2							
3							
4							
5							
6							

INFORMACION PARA EL PAGO

Nº de cuenta bancaria	Banco	Tipo de cuenta
-----------------------	-------	----------------

AUTORIZACIÓN CONSULTA DE INFORMACION

Autorizo a FESICOL o a quienes representen sus derechos con carácter permanente e irrevocable para consultar, reportar y modificar de manera positiva o negativa ante la Asociación Bancaria o frente a cualquier central de información, o base de datos, la información o referencias que declaren o necesiten de mis ordenantes, beneficiario o tutores. Declaro que conozco y que cumpliré las normas que me obligan a actualizar mis datos personales e información financiera por lo menos una vez al año.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, y por el tiempo que se mantenga una relación con FESICOL. En constancia de haber leído, entendido y aceptado, lo firmo en el presente formato.

Eximo a FESICOL de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soportan mis afirmaciones.

FIRMA DEL ASOCIADO

Nombre	Según lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 2012 y el Decreto 1377 de 2013, "Por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales", requerimos su autorización para el tratamiento de sus datos personales. Autorizo de manera expresa e irrevocable a FESICOL para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, comercial y de servicios, así como los datos personales a los que tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.
Documento	
Firma	

PARA USO EXCLUSIVO DE FESICOL

VERIFICACION-AUTORIZACION DE PAGO

Recibido por	Fecha de pago MM / DD / AA	Firma
Autorizado por	Validación Antigüedad Asociado	

Nº VERSION	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN, REVISIÓN O CAMBIOS	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
001	Elaboración	Jefe Unidad Riesgos	Jefe Unidad de Desarrollo	Gerente