



Solicitud de vinculación y autorización de descuento No.____

Yo _____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, libre y voluntariamente expreso mi deseo de vincularme al fondo de empleados de AstraZeneca, FAZCOL, para lo cual autorizo se me descuenta mensualmente en la nómina de salarios la suma de _____ pesos (\$_____) de mi sueldo básico mensual para ser aportado a FAZCOL. Este descuento rige a partir del mes de _____ de 201____.
(Este valor debe estar en el rango del **3% al 10%** del sueldo básico mensual)

Igualmente autorizo el descuento de seis mil pesos (\$6.000) como cuota única de afiliación, valor que no será reembolsable por constituir el capital social del fondo.

Adicionalmente, dejo constancia que conozco y apruebo los estatutos del fondo.

Atentamente,

Firma
CC.

Fecha de diligenciamiento (DD-MM-AA)

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Es mi voluntad que en caso de muerte los saldos a mi favor sean entregados a:

NOMBRE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD	SEXO	PARENTESCO	%
				TOTAL	100%

Observaciones: _____

Espacio para ser diligenciado por FAZCOL

Aprobación por Junta Directiva: Acta No.: _____ Fecha: _____
Firma verificación FAZCOL _____



**AUTORIZACION PARA LA INCLUSION DE DATOS FINANACIEROS EN LA CENTRAL
DE INFORMACION FINANCIERA - CIFI-.**

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE ASTRAZENECA COLOMBIA S.A. – FAZCOL ó a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera –CIFI- que administra a la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. 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 mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

NOMBRE

No. DOCUMENTO:

FIRMA:
