

**FORMATO POSTULACIÓN DE CANDIDATO A MIEMBRO DE ÓRGANO DE
ADMINISTRACIÓN, CONTROL Y VIGILANCIA PARA - COMITÉ DE APELACIONES
XIV ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE ASOCIADOS
FECECOM 2025**



FECHA DE POSTULACION	
NOMBRES Y APELLIDOS	
CC.	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA (PATRONAL)	
CARGO QUE ODESEMPEÑA EN LA EMPRESA	

CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO NO. 33 DEL ESTATUTO DE FECECOM, EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA ME POSTULO PARA EL CARGO DE MIEMBRO DE COMITÉ DE APELACIONES PARA EL PERIODO; 2025 - 2027.

ARTICULO 33o. COMITÉ DE APELACIONES: "FECECOM" contará con un Comité de Apelaciones, conformado por tres (3) asociados hábiles con un (1) suplente numérico, elegidos por la Asamblea General para un periodo de dos (2) años. Este Comité tendrá un plazo de cinco (5) días hábiles para resolver los casos que se le presenten y que sean de su competencia. De cada caso tratado se dejará constancia escrita en las actas respectivas. Las decisiones del Comité tendrán el carácter de cosa juzgada.

REQUISITOS	USO EXCLUSIVO COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	
	cumple	no cumple
Ser asociado hábil		
b) No haber sido sancionado de conformidad con los presentes estatutos por lo menos en el último año.		
c) suscribir acuerdo de confidencialidad.		
d) No estar reportado Negativamente en centrales de riesgo, con la cual con la postulación autoriza su consulta.		

De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2.012 de protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, autorizo como Titular de estos datos, que estos sean incorporados en una base de datos de responsabilidad de FECECOM, siendo tratados con la finalidad administrativa y comercial de los productos de FECECOM, asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido FECECOM a la dirección de correo electrónico gerencia@fececom.com, indicando en el asunto el derecho que sea ejercida, o mediante correo ordinario remitido a la cra 100 No 5 169 de la ciudad de Santiago de Cali.

FIRMA DEL ASPIRANTE	
---------------------	--

USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL

FECHA Y HORA DE RECIBIDO POR EL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL	Día __, mes, ____ Año, 2025, Hora: _____	
VISTO BUENO POR PARTE DEL COMITÉ DE CONTROL SOCIAL.	VISTO BUENO - FIRMA	NOMBRE INTEGRANTE DEL COMITÉ

OBSERVACIONES: