



FORMATO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN
Nit: 811.008.999-0

Versión: 005 - 12/10/2022

SARLAFT

VIGILADO SUPERSOLIDARIA

Diligencia: **Afiliación**

Actualización de Información

Fecha:

DD / MM / AAAA

INFORMACION PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____
 Identificación: CC CE Pas No. Fecha de Expedición: _____ De: _____
 Fecha de nacimiento: día mes año Nacionalidad: _____
 Lugar de Nacimiento: _____ Departamento: _____ **Tipo de nómina: Mensual() Quincenal()**
 Dirección domicilio: _____ **No. Cuenta Bancaria** _____
 Barrio _____ Teléfono Fijo _____ **Banco:** _____
Celular: _____ **Correo E:** _____
 Casado Soltero Unión libre Viudo Personas a cargo: _____
Nombre de la empresa donde labora: _____ **Cargo:** _____
 Dirección Empresa: _____ Departamento: _____ Municipio _____
 Teléfono(s) Empresa: _____
 Fecha ingreso o de inicio del contrato: _____ Tipo de contrato: _____
 Profesión: _____
 Administra recursos públicos: Si No Actividad Económica: _____ CIU: _____
 Identifique si el solicitante es **PEPS** (Persona expuesta públicamente) SI NO

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal (salario) \$ _____ Otros ingresos \$ _____ Especificar: _____
Total Activos: _____ **Total Pasivos** _____ **Total Patrimonio** _____

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE _____	TEL _____	CEL _____	PARENTESCO _____
NOMBRE _____	TEL _____	CEL _____	PARENTESCO _____
NOMBRE _____	TEL _____	CEL _____	PARENTESCO _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera: Si No Cuales: _____
 Posee cuentas en moneda extranjera: Si No Banco: _____ Moneda: _____
 Número de Cuenta: _____ Ciudad: _____ 4. País: _____
 Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

FIRMA DEL ASOCIADO: _____

HUELLA DACTILAR

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al Fondo para que la verifique
 Declaro que mis ingresos y bienes provienen de mi actividad económica principal

FIRMA DEL ASOCIADO: _____

1. Autorizo a mi empresa generadora del vínculo societario, empresa de la Organización Corona, para que deduzca de forma periódica, de mi nómina **mensual () quincenal ()** el valor correspondiente al (_____ %), (mínimo el 2% máximo el 10%) que hoy equivale a \$ _____ de mi **salario básico** _____ por concepto de ahorro obligatorio (aporte social + ahorro permanente). Autorizo además para que descuente un día del SMLDV + Iva 19% por concepto de cuota de afiliación, esto por una sola vez mientras permanezca como asociado de Fondelco por **valor de \$** _____.

2. Autorizo a la empresa que genera mi vínculo societario para que deduzca de mis salarios y prestaciones incluidas las cesantías, el valor de las obligaciones contraídas con Fondelco de conformidad con la legislación vigente, en las fechas estipuladas y en las condiciones establecidas en los pagares o cualquier otro documento que formicen los diferentes contratos realizadas entre Fondelco y yo. Autorizo a que con este dinero se copensen las sumas de crédito cuando por cualquier eventualidad o por mi propia decisión deba ser retirado de Fondelco.

3. Autorizo a Fondelco para que en caso de fallecimiento, las aportaciones, intereses, excedentes y demás derechos sean entregados a mis herederos, quienes comprobaran su condición de acuerdo con las normas legales vigentes.

4. Declaro que deseo y es mi voluntad, que en caso de mi fallecimiento, el seguro de vida que adquiere FONDELCO en mi favor sean entregados a las siguientes personas:

Nombres y Apellidos	No. Documento	Parentesco	F. de Nacimiento	%
----------------------------	----------------------	-------------------	-------------------------	----------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

HUELLA DACTILAR

FIRMA DEL ASOCIADO: _____

Documento de Identificación N°: _____

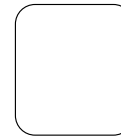
AUTORIZACIONES

HABEAS DATA
 Autorizo a Fondelco para que con fines estadístico y de información, consulte, reporte, circule, incluya información a las centrales de riesgo autorizadas por la Superintendencia Financiera y/o por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás entidades Datacredito, fenalco, Covinoc, UIAF, relacionadas con mi nombre sobre mi comportamiento comercial y hábitos de pago, todo conforme a la Ley de Habeas Data.

PROTECCIÓN DE DATOS	<p>De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de protección de datos y el decreto 1377 de 2019, autorizo a Fondelco para conservar mis datos de manera física o por otros medios, siendo tratados con la finalidad de realizar gestión de clientes, gestión administrativa, prospección comercial, fidelización de clientes, marketing, encuestas, publicidad propia, comercio electrónico y el envío de comunicaciones comerciales sobre sus productos y/o servicios que puedo tener en calidad de asociado del FONDELCO. La política de protección de datos se encuentra disponible en la página WEB de Fondelco</p> <p>Autorizo que para efectos tributarios judiciales y para los casos de inspección, vigilancia e intervención del Estado, podrá exigirse la presentación de mi documentación privada, en los términos que señale la ley.</p> <p>De igual modo declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, supresión, corrección, revocación o reclamación por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al Fondo de empleados de locería colombiana, Fondelco, a la dirección carrera 54 N 129 sur 51 Caldas Antioquia.</p>
ORIGEN DE FONDOS	<p>Declaro que mis recursos depositados solo provienen del desarrollo de actividades lícitas y hacen parte del giro normal de mis actividades, tal como se describe en la presente solicitud, y no tienen relación con actividades ilícitas, especialmente lavado de activos o financiación del terrorismo. Que conozco y aplico las normas de prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo y no permitiré que terceros realicen transacciones o entreguen en mi nombre fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas a favor de personas involucradas con las mismas. Autorizo a Fondelco para realizar consultas en las listas de riesgo a nivel nacional e internacional y para terminar unilateralmente cualquier relación contractual o exigir en forma anticipada el pago cualquier obligación en el caso de vinculación o sospecha de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre Lavado de Activos y Financiación del terrorismo.</p>
ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN	<p>Autorizo el contacto o envío de comunicaciones a mis direcciones físicas o electrónicas, teléfonos y/o cualquier otro medio, con información financiera comercial o de otro tipo, cuando así se requiera o juzgue necesario, las cuales podrán ser grabadas o monitoreadas. Acepto que Fondelco no hará devolución de la información entregada o que contenga cualquier convenio celebrado, la cual se archivará o destruirá conforme a las normas y políticas aplicables. Me obligo como mínimo una vez al año, a actualizar la información que solicite la entidad, de conformidad con el Sarlaft de la misma y las que dispongan las autoridades competentes.</p>

FIRMA DEL ASOCIADO

Huella
dactilar



ESPACIO PARA USO DEL FONDO

OBSERVACIONES

Fecha de Realización de la entrevista: AAAA/MM/DD: _____

Nombre y firma Funcionario que realizó la entrevista: _____

Nombre y firma Funcionario responsable de verificación de información: _____

Fecha de verificación de información: AAAA/MM/DD: _____

8. Documentos Anexos ASOCIADOS:

- Fotocopia del documento de identificación
- Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)
- Declaración de renta del último periodo gravable disponible
- Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a tre (3) mes
- Fotocopia del número de identificación tributaria NIT
- Fotocopia del documento de identificación del representante legal