



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

FO- GC-01 Conocimiento del Asociado
Noviembre 2024

Tipo de Solicitud	Ciudad	Fecha Registro
Vinculación ____ Actualización ____		

1. AUTORIZACIÓN DESCUENTO DEL APORTE

Yo, _____
Con C.C. _____ De _____
AUTORIZO al pagador de la Seccional de _____ o área de Nivel Central
Para que descuenta de mi nómina a partir del mes de _____ del año _____. Con destino a FEDINOR LTDA el valor del _____ por ciento (%) de mi asignación básica mensual como aporte a capital reembolsable. Valor del aporte mensual entre el (4% y 10%).

NOMBRE	FIRMA C.C.	Huella
--------	------------	--------

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre		Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido						
Tipo de Documento					Número		Lugar de Expedición			Fecha de Expedición				
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.	PAS										
Pais de Nacionalidad				Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Departamento/Municipio		Tipo de Vivienda				
								Propia		ARRENDADA	Familiar			
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo				Género		No. personas a cargo				
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Pregrado	Posgrado	F	M		
Dirección de Domicilio Principal						Municipio			Ciudad		Dpto.			
Correo Electrónico						No. Celular			Teléfono					
Personal:					Institucional:									

2. DATOS LABORALES

Dirección Seccional					Cargo								
Dirección de la Entidad					Departamento/Municipio			Salario Básico		No. Teléfono			
Ocupación, oficio o profesión:					Tipo de contrato			Fecha de Ingreso					
CARRERA ADMINISTRATIVA	¿SE ENCUENTRA EN ENCARGO?	SI	NO	CARGO ANTERIOR			PLANTA PERMANENTE EN CARGO	PLANTA PROVISIONAL	PROVISIONAL ESCALERA				

2.1. INFORMACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE PEP (DECRETO 830 - 2021)

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?			SI	NO	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?			SI	NO				
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general?				SI	NO	Si alguna de las preguntas fue afirmada por favor especifique							
Período Inicial de vinculación al cargo		AA	MM	DD	Período Final de desvinculación al cargo		AA	MM	DD	Ciudad donde desempeña el cargo		Registre el nombre de la institución donde se desempeña como PEP:	

2.2. REGISTRE INFORMACIÓN DE LOS FAMILIARES PEP cuando aplique

Tiene familiares PEP en Fedinor: SI ____ NO ____		En caso de afirmativo. Registre la información de los cónyuges o compañeros permanentes y/o familiares de los PEP, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad: E									
Nombres y Apellidos			Tipo de Parentesco				Tipo documento		Asociado		
							C.C.		SI ____ NO ____		
							C.C.		SI ____ NO ____		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales		Egresos mensuales			
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales			
Total Ingresos		Total Egresos			
Total Activos :	\$	Total Pasivos :	\$	Total Patrimonio: \$	

Descripción del campo otros ingresos mensuales:

Mes y año de corte de la información financiera suministrada			Mes	Año	Es declarante?		SI	NO
--	--	--	-----	-----	----------------	--	----	----

4. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGUE

Nombres y apellidos :		Nombre de la empresa donde labora:			Dirección de la empresa:		Ciudad:	
Ocupación:				Teléfonos de Contacto:				

5. INFORMACIÓN DE OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA

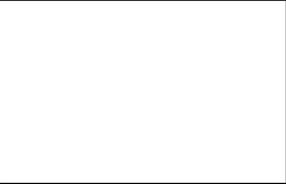
Realiza operaciones en moneda extranjera		Tipo de operaciones en moneda extranjera					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Importaciones	Exportaciones	Inversiones	Préstamos en moneda extranjera	Otra	Cuál ?
Cuenta corriente en moneda extranjera:		No. de Cuenta:	Banco:		Tipo de Moneda:		
Ciudad:		País		Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera. _____			
6. REFERENCIAS							
Personal	Nombres y Apellidos			Dirección	Teléfono		
Familiar	Nombres y Apellidos			Dirección	Teléfono	Parentesco	
7. AUTORIZACIÓN ESPECIALES COMPROMISOS Y DECLARACIONES							

1) AUTORIZO a FEDINOR LTDA., a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien contrate para el ejercicio de estos, en relación a cuando aspire a ser asociado, tenga calidad de asociado o posea productos, beneficios y/o servicios vigentes con la Cooperativa, para que, de tratamiento de mis datos, consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba, compile, verifique, envíe mis datos personales y reporte toda la información que se refiera al estado de mis obligaciones y la información referente a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los Administradores y/o accionistas de la entidad que represento con las siguientes finalidades: a) el desarrollo de la relación contractual que nos vincula, lo que supone la generación de extractos y cuentas de cobro, la realización de actividades de cobranza, entre otros; b) La administración de los productos y/ servicios comercializados por FEDINOR LTDA. de los que soy titular, c) Ser informado sobre los cambios reglamentarios y citaciones a los eventos que se organicen por FEDINOR LTDA o sus aliados estratégicos d) la estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que FEDINOR LTDA establezca para tal fin, e) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. e) Consultar información de manera directa o a través de terceros ante operadores de información de seguridad social y proveedores tecnológicos de facturación y nómina electrónica y en general en cualquier base pública o privada que legítimamente tenga esta información, así como también, suministrar información acerca de sus operaciones a los operadores de información (centrales de riesgo) legalmente establecida. f) Contacto y envío de comunicaciones a través de los medios registrados (correo electrónico, sistemas de mensajería instantánea, número de celular, número telefónico fijo o correo físico). La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FEDINOR LTDA., a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos y servicios de los que soy titular. 2) Autorizo a FEDINOR LTDA a consultar y reportar a las centrales de información financiera o cualquier entidad que administre bases de datos públicas o privadas con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial o incumplimiento de mis obligaciones, frente al sector financiero y/o real. 3) Declaro que la información consignada en esta solicitud y los documentos que se anexan corresponden a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos, comprometiéndome a actualizar esta información como mínimo una vez al año, anexando los soportes que sean requeridos para ello. Acepto que cualquier inexactitud en los datos suministrados o la imposibilidad de confirmarlos o la falta de su actualización anual, dará derecho a FEDINOR LTDA., para generar las acciones correctivas necesarias. 4) Autorizo a FEDINOR LTDA a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y fotografía personal por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios del fondo. He sido informado del carácter facultativo de la entrega de ésta información que potencialmente puede ser sensible, considerando sin embargo que la misma es necesaria para garantizar la seguridad de los asociados. 5) Autorizo a FEDINOR LTDA. para que realice el tratamiento de los datos sensibles, tales como la condición de madre cabeza de familia, acaecimiento de calamidades familiares y/o personales e información relacionada a menores de edad con el fin de poder gozar de los beneficios que FEDINOR LTDA ofrece para el efecto. 6)

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS: Declaro de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado aquí es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 04 de 2017 y 014 de diciembre de 2018 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, la Ley 1121 de 2006 y demás normas concordantes: 1) Los recursos que utilizaré en mis relaciones comerciales con FEDINOR LTDA provienen del cumplimiento de mis actividades laborales, mesada pensional y/o comerciales. 2) Declaro que los recursos que le entregue a FEDINOR LTDA en cualquier parte del territorio Colombiano, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con ellas. 3) No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas.

8. INFORMACION FAMILIAR			
Núcleo Familiar Básico (Beneficiario de los Servicios y o en caso de fallecimiento) En primer grado hijos y padres. Solteros:padres, hijos y hermanos menores y/o discapacitados (que depende económicamente del Asociado)			
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

9. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	PEPS
Formato de Vinculación y conocimiento Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía (mayores de 18 años)	X	X
Certificado laboral no mayor a 30 días	X	X
Certificación de otros ingresos no operacionales - si los tiene	X	X
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene		X
Declaración de Renta del último periodo gravable disponible o declaración de bienes o rentas	X	X

10. FIRMA Y HUELLA	
Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:	
_____ Firma Solicitante	 Huella Índice Derecho

11. PARA USO EXCLUSIVO DE FEDINOR LTDA.				
Fecha de realización de la entrevista	AA	MM	DD	Nombre y Firma de la persona que realizó la entrevista

Observaciones:				
12. VERIFICACIÓN				
Fecha		Hora		Teléfono
DD	MM	AA	a.m. p.m.	
Nombre de la persona que atendió :			Parentesco :	
Confirmación de la dirección :			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>			Observaciones	
Nombre y firma de la persona responsable de verificar la información:				