

 <b>FONANDINA</b> <small>HONESTIDAD - LEALTAD</small> Nit 900.343.119-4		Formato vinculación asociado			Versión: 01 5/10/2019 Código: F-FA-001	
INGRESO <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>						
Fecha	DD	MM	AAAA	CIUDAD	Referido por:	
<b>1. INFORMACIÓN PERSONAL</b>						
1er Apellido		2do Apellido		Nombres		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.T. <input type="checkbox"/>		N° de Documento		Expedido en		Fecha de Expedición DD MM AAAA
Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			Nivel Educativo Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>			
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Zona Ubicación Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>		Dirección Domicilio		Estrato <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Lugar de Nacimiento		Celular	Teléfono	Fax <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico		Tiene Vehículo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tipo de Vehículo Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/>		Madre Cabeza de Flia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
						Nacionalidad
<b>2. INFORMACIÓN LABORAL</b>						
Nombre de la Empresa			Departamento		Agencia	
Sección de la Empresa donde Laboral			Cargo		Tipo de Contrato Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>	
Fecha de Ingreso a la Empresa DD MM AAAA		Salario \$		Teléfono		Extensión
Actividad Económica					Código CIUU	
<b>3. INFORMACIÓN BANCARIA</b>						
Banco		Número de Cuenta			Tipo de Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	
<b>4. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>						
Salario Mensual \$		Total egresos Mensuales \$				
Otros Ingresos Mensuales \$		Total Activos \$				
Cuales?		Total Pasivos \$				
		Es Declarante?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>5. CERTIFICACIÓN DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA DEL SOLICITANTE</b>						
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuales? _____						
Posee Cuentas en Moneda Extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Declaro que NO Realizo Transacciones en Moneda Extranjera <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
N° de Cuenta _____		Moneda _____				
Banco _____		País _____				
				_____ <b>FIRMA</b>		_____ <b>HUELLA</b>

### 6. DILIGENCIA SI USTED POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO

Nombre del Establecimiento Empresa o Negocio	Numero de NIT	Actividad Económica	CIUU
Camara de Comercio (si aplica) DD MM AAAA	Fecha de Constitución DD MM AAAA	Correo Electrónico	
Dirección del Establecimiento, Empresa o Negocio	Departamento	Ciudad	Teléfono

### 7. INFORMACIÓN PARA PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS

Por su cargo Maneja Recursos Públicos? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Por su Cargo o Actividad Ejerce Algún Grado Poder Público? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Por su Actividad u Oficio Goza Usted de Reconocimiento Público? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Existe Algún Vínculo Entre Usted y una Persona Considera Públicamente Expuesto? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

### 8. REFERENCIAS

Personal	Nombre y Apellido	Parentesco	Ciudad	Dirección	Teléfono
Familiar	Nombre y Apellido	Parentesco	Ciudad	Dirección	Teléfono

### 9. REGISTRO SOCIAL; COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Inscriba a sus padres y cónyugue, sin límite de edad, y a sus hijos y/o hijastros hasta los 25 años que dependan parcial o totalmente de usted. También forman parte del grupo familiar primario los hijos mayores de 25 años con invalidez permanente o discapacidad que les impide trabajar.

Parentesco	Nombres y Apellidos	F. de Nacimiento	Tipo de Documento	No de Documento	Aportes %
Padre		DD MM AAAA			
Madre		DD MM AAAA			
Cónyuge		DD MM AAAA			
Hijo(a)		DD MM AAAA			
Hijo(a)		DD MM AAAA			
Hijo(a)		DD MM AAAA			
Hijo(a)		DD MM AAAA			
Hijo(a)		DD MM AAAA			

### 10. DATOS DEL CONYUGE

Empresa Dónde Labora	Dirección Dónde Labora	Ciudad	Departamento	Cargo	F. de Ingreso DD MM AAAA
Salario	Tipo de Contrato	Profesión	Teléfono Personal	Correo Electrónico	

### 11. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

- Declaro bajo gravedad del juramento que toda la información suministrada en este documento, es cierta y exacta en todas sus partes, autorizo su verificación ante cualquier persona natural y/o jurídico, privada y/o publica, sin limitación ninguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con FONANDINA con NIT 900343119-4 o a quien represente sus derechos, de igual forma me comprometo a actualizar la información aquí expresada por lo menos una vez al año.
- Descuentos de Nomina:** Autorizo a FONANDINA para que reporte el descuento de mis obligaciones a la empresa contratante. Autorizo a la empresa contratante \_\_\_\_\_ la cual ha generado el vínculo de asociación, para que en caso de realizarse mi liquidación definitiva se descuente y sea pagada directamente a FONANDINA de los salarios, presentaciones sociales (cesantías, intereses a las cesantías, prima, vacaciones e indemnizaciones por despido sin justa causa y cualquier otro concepto constitutivo de salario y no salarial).
- Descuentos Estatutarios Asociados a la Vinculación a FONANDINA:** En razón a mi asociación a FONANDINA, autorizo a la empresa contratante \_\_\_\_\_ la cual ha generado el vínculo de asociación, para que descuente de manera quincenal y/o mensual y sea pagada directamente a FONANDINA, el valor correspondiente que por Junta Directiva y/o Asamblea se haya aprobado por concepto de cuota de contribución bienestar social, bono solidario, bingo, crédito, interés corriente, interés de mora, cuota de contribución fallecimiento y demás descuentos aprobados por la Junta Directiva y/o Asamblea en cada año, quien solicita basado en el Art. 55 del Decreto Ley 1481 de 1989, donde tiene la prelación de dichos descuentos. Para este efecto declaro suficiente la certificación de FONANDINA sobre el saldo. Igualmente autorizo el descuento por nómina del 5 % de mi Salario Básico Mensual, el cual se capitalizara como Aporte Social y Ahorro Permanente. Autorizo se descuente una cuota quincenal de \$ \_\_\_\_\_ como Ahorro Voluntario.
- Declaraciones de origen de Fondos:** Declaro expresamente el cumplimiento de la Ley 190 de 1995 y demás norma concordantes:
  - los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio): Salario
  - Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal, los recursos que poseo no provienen de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
  - Declaro que no admito ni admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
  - Los recursos que se deriven del desarrollo de esta vinculación no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

**5. Reporte de Centrales de Riesgo, Manejo Base de Datos y listas Vinculantes:** Autorizo a FONANDINA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título en calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, judicial y disciplinario. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. En caso que en el futuro, el autorizado en este documento efectuó una venta de cartera o una cesión de derechos a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones. También autorizo que las comunicaciones e información relacionada con los servicios que llegase a tener con FONANDINA, me sean entregadas por medios de comunicación válidos y aceptados, mail, mensajes de texto, escritos, etc., y que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para el desarrollo del objeto social de FONANDINA y para nuestro beneficio.

**6.** Igualmente certifico que he recibido información del fondo y se me ha indicado que puedo conocer el Estatuto, Reglamentos y el portafolio de FONANDINA, a través de la página web: [www.fonandina.com](http://www.fonandina.com), me comprometo a hacer lectura de estos documentos y de los Derechos y Deberes que tengo como asociados de FONANDINA.

**7. Aportes Sociales:** Declaro que conozco que los Aportes Sociales individuales y Ahorros Permanente quedarán afectados desde su origen a favor de FONANDINA, como garantía de las obligaciones contraídas con éste, que serán inembargables excepto por obligaciones alimentarias, y no podrán ser gravados ni transferirse a otros asociados o a terceros; que se reintegrarán en el evento de mi desvinculación por cualquier causa, conforme se establece en el Estatuto.

**8. Contrato de Mandato:** confiero poder a FONANDINA, para que de acuerdo con la legislación vigente, en mi nombre (mandato con representación) ejecute los actos de comercio adquiridos directamente y a su nombre, para después trasladarlos a mi favor, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos para la adquisición de bienes y servicios que me proporcionen bienestar a mí y a mi grupo familiar, siempre que se desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la Economía Solidaria en general y de los Fondos de Empleados en particular. Para ello FONANDINA me entregara una orden de suministro debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos. Las obligaciones las cancelaré de contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas pero siempre atendiendo aquellas que considere más favorables para mí. Mi firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en la ciudad de \_\_\_\_\_, certifico que he leído, comprendido, aceptado y autorizado todos los puntos contemplados en el FORMATO DE VINCULACION, LAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES DEL presente documento, en constancia firmo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

\_\_\_\_\_  
Cédula de Ciudadanía

\_\_\_\_\_  
Huella Índice Derecho

**12. USO EXCLUSIVO DE FONANDINA**

ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>		OBSERVACIONES:	
ENTREVISTA		VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
Fecha	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>	Fecha	<input type="text" value="DD"/> <input type="text" value="MM"/> <input type="text" value="AAAA"/>
Nombre del Funcionario que Realizó Entrevista		Nombre del Funcionario que Verificó Información	
Observación: _____ _____		Observación: _____ _____	
Firma _____		Firma _____	

Fonandina - Nit 900.343.119-4, Calle 47N 4BN - 85, Tel: 4860202 Ext- 149 - Cel: 316 867 0806, [www.fonandina.com](http://www.fonandina.com)

\_\_\_\_\_  
Firma del Gerente del Fondo