



FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

Fecha de aprobación: 21/Jul/2021

Acta de Aprobación Nº 007-21

Versión: 5 página 1 de 2

FONDO DE EMPLEADOS LAFRANCOL

TIPO DE TRAMITE

ACTUALIZACION COMO PENSIONADO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
DD MM AAAA

De acuerdo con la información que he recibido acerca de FELAFRANCOL, expreso mi interés de ser admitido (a) como asociado (a) para disfrutar de los beneficios que me ofrecen como empresa de Economía Solidaria. De ser aceptada mi solicitud, me comprometo a conocer y acogerme a las normas legales, estatutarias y reglamentarias vigentes.

I. INFORMACION DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

DATOS GENERALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo Identificación		N° Identificación		Lugar de Expedición (Ciudad o Municipio y Departamento)		Fecha de Expedición	
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>						Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Actividad económica Principal		CIU:	
DD MM AAAA		Ciudad o Municipio Departamento Nacionalidad:				0020	
Tipo de Vivienda		Profesión, ocupación u oficio:		Otra Actividad Económica		Estado Civil	
Propia <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>						Soltero <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	
Nivel de Escolaridad		¿Es Cabeza de Familia?		Estrato socioeconómico			
Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

2. INFORMACION PEPS

Por su cargo o actividad		Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor	
1. ¿Maneja o ha manejado Recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		1. Cargo Público desempeñado <input type="text"/>	
2. ¿Goza o ha gozado de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		2. Fecha de vinculación DD MM AAAA	
3. ¿Ejerce algún poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		3. Fecha de desvinculación DD MM AAAA	
4. ¿Tiene un vínculo con una persona que goce de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tipo de Vínculo: <input type="text"/>			

3. DATOS DE LOCALIZACION - INFORMACION PERSONAL

Direccion de Residencia		Barrio		Ciudad o Municipio		Departamento	
Teléfono Fijo Personal		Celular Personal		Correo Electrónico Personal			

4. FUENTE DE INGRESOS

Fondo de pensión		Fecha de resolución		Número de resolución de		Tipo de Pensión		Valor de la Pensión	
		DD/MM/AAAA				Vejez <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> % Supervivencia <input type="checkbox"/>			
Banco		N° de Cuenta Bancaria		Tipo de cuenta		Ciudad o Municipio		Departamento	
				Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>					

5. INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales \$		Otros Ingresos Mensuales \$		Total Ingresos Mensuales \$	
Gastos Mensuales \$		Concepto otros ingresos (Arriendo, Honorarios, otros...)			

6. RELACION DE SOLVENCIA

Activos \$		Pasivos \$		Patrimonio \$	
------------	--	------------	--	---------------	--

7. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tipo de Moneda		País	
Cuales:		Entidad Bancaria:		Ciudad:			
		N° de Cuenta:					

8. BIENES DEL SOLICITANTE

Tipo de Inmueble (Casa, Apto...)		Valor Comercial		Tipo de vehículo (Moto, automóvil...)		Valor comercial	
		\$				\$	

9. REFERENCIAS FAMILIARES

Nombres y Apellidos		Teléfono fijo o Celular		Parentesco	
Nombres y Apellidos		Teléfono fijo o Celular		Parentesco	

**FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO**

Fecha de aprobación: 21/Jul/2021

Acta de Aprobación N° 007-21

Versión: 5 página 2 de 2

FONDO DE EMPLEADOS LAFRANCOL**10. INFORMACION GRUPO FAMILIAR PRIMARIO**

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

11. DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera libre y voluntaria doy certeza de todo lo aquí consignado, por ello realizo la siguiente declaración de origen de fondos al Fondo de Empleados LAFRANCOL- FELAFRANCOL, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la legislación colombiana vigente y lo dispuesto por la SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA y demás normas legales concordantes:

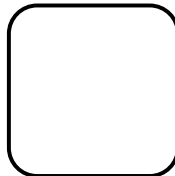
- Los recursos que entrego y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de ocupación, oficio, profesión, etc.) _____
- Declaro que mi patrimonio y recursos tiene su origen en actividades lícitas, de conformidad con la legislación Colombiana vigente.
- Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Declaro que el país de procedencia de los recursos es: _____

12. AUTORIZACIONES

- Autorizo de manera libre, voluntaria e irrevocable a mi empleador para que descuento de mi nómina los aportes y ahorros permanentes mensuales obligatorios a favor de FELAFRANCOL, equivalentes al 4% de mi salario fijo mensual y demás conceptos aprobados por la Asamblea General durante el tiempo que permanezca asociado.
- Autorizo a mi empleador a descontar mensualmente de mi salario por concepto de AHORRO VOLUNTARIO LA SUMA DE \$ _____
- Autorizo de manera libre, voluntaria e irrevocable mi vinculación a las pólizas colectivas Vida Asociado y Vida Deudor como respaldo de mis aportes, ahorros y obligaciones crediticias, ante una incapacidad total o permanente o fallecimiento durante mi vinculación como asociado a FELAFRANCOL y realizar las deducciones que se dieran a lugar por estos conceptos.
- Autorizo a mi empleador para que descuento por nómina, de mi salario, bonificaciones, comisiones, bonificaciones a mera liberalidad, vacaciones, pagos indirectos, incapacidades, indemnizaciones y en caso de retiro de la empresa se descuento de mis prestaciones sociales y cualquier suma que constituya o no carga prestacional a que tenga derecho, para que descuenten con destino al Fondo de empleados Lafrancol- FELAFRANCOL.
- Autorizo al pagador de la empresa donde llegare a trabajar, para que efectúe los descuentos de mis salarios y prestaciones legales a que haya lugar a favor de FELAFRANCOL por concepto de obligaciones. Renuncio expresamente a realizar requerimientos judiciales y extra judiciales con respecto al cobro de las obligaciones contraídas.
- Autorizo a FELAFRANCOL el envío de información y contacto en general al correo electrónico y número de contacto que tengo registrado; sobre ofertas, promociones, publicidad, estudios de mercadeo, encuestas y otros, para evaluar la calidad del servicios, administrar y operar los productos y/o servicios que contrate.
- Autorizo a FELAFRANCOL para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.
- Autorizo a FELAFRANCOL celebrar en su nombre contratos con diferentes proveedores para la adquisición de bienes y servicios en mi representación como asociado. Consultar el contrato de mandato en <https://www.felafrancol.com/formatos>.
- Autorizo que en calidad de titular de la cuenta registrada en FELAFRANCOL, otorgo a la ENTIDAD FINANCIERA un mandato sin representación para recibir Transacciones débito enviadas por FELAFRANCOL. Consultar el reglamento de autorización de debito automático en <https://www.felafrancol.com/formatos>
- Conforme a la ley 1581 de 2012, el decreto 1377de 2013 y demás normas reglamentarias, autorizo a FELAFRANCOL para el tratamiento y manejo de mis datos personales el cual consiste en recolectar,almacenar,depurar, usar, analizar,circular,actualizar y cruzar información propia con el fin de facilitar la prestación de los servicios. Consultar el reglamento de protección de datos en <https://www.felafrancol.com/formatos>.
- Autorizo de manera libre, voluntaria e irrevocable mi vinculación a la póliza exequial colectiva y a que se realicen las deducciones que se dieran a lugar por este concepto, adicionalmente estoy informado que es mi deber como asociado adjuntar el certificado de afiliación externa a este servicio en el caso de no tomarlo directamente con FELAFRANCOL.
- Autorizo de manera libre, voluntaria e irrevocable a mi empleador para que descuento de mi nómina la contribución del Fondo Mutual Solidario cada vez que ocurra la vinculación como asociado, este descuento equivale al 4% de Un (1) SMMLV.

13. DECLARACIONES

- Declaro que estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite FELAFRANCOL por cada producto o servicio que utilice y me comprometo a entregar los documentos soportes requeridos.
- Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es veraz y FELAFRANCOL podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.



FIRMA

DOCUMENTOS ANEXOS:
1. Fotocopia del documento de identificación
2. Resolución de pensión.

Fecha de diligenciamiento

DD MM AAAA

14. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACÓN (Espacio exclusivo para FELAFRANCOL)

¿Presenta alguna observación en la validación de las listas restrictivas? SI NO Cual?: _____

Identifique si el solicitante es PEP SI NO

Fecha de realización de la entrevista DD MM AAAA

Firma del Oficial de Cumplimiento: _____

Nombre y firma de quien realizó la entrevista: _____

Nombre y firma del responsable de verificación de información: _____

Fecha de verificación de la Información: DD MM AAAA

OBSERVACIONES

 Visto bueno de la Gerencia