

RADICACIÓN N°:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO		
DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN / FORMATO DE CONOCIMIENTO

DATOS PERSONALES																	
NOMBRES:				PRIMER APELLIDO:				SEGUNDO APELLIDO:									
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.				NÚMERO:				FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN				DD	MM	AAAA			
FECHA DE NACIMIENTO		DD	MM	AAAA	LUGAR:		SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO				MUJER CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>					
TELÉFONO RESIDENCIA:				TELÉFONO CELULAR:				CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:									
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:						CIUDAD:			DEPARTAMENTO:			ESTRATO:					
NIVEL DE ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICA <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> OTROS						UNIVERSIDAD:			TÍTULO OBTENIDO:								
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA: <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO						CIU <input type="checkbox"/> 0010- EMPLEADO <input type="checkbox"/> 0020 - PENSIONADO											
ES FAMILIAR DE ALGÚN DIRECTIVO DE FECOLSA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				NOMBRE COMPLETO: <small>SI LA RESPUESTA ES SI</small>				TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.		NÚMERO:		PARENTESCO:					
ES FAMILIAR DE ALGÚN ASOCIADO DE FECOLSA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				NOMBRE COMPLETO: <small>SI LA RESPUESTA ES SI</small>				TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.		NÚMERO:		PARENTESCO:					
INFORMACIÓN LABORAL																	
EMPRESA DONDE LABORA:				CARGO:				TIPO DE CONTRATO:									
FECHA DE INGRESO:		DD	MM	AAAA	TELÉFONO :				DIRECCIÓN:								
CIUDAD:				DEPARTAMENTO:			CORREO ELECTRÓNICO LABORAL:										
ENVÍO DE CORRESPONDENCIA OFICINA: <input type="checkbox"/>		RESIDENCIA: <input type="checkbox"/>		CUENTA DE NÓMINA No.:				BANCO:		TIPO DE CUENTA: AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>							
APORTE MENSUAL																	
<input type="checkbox"/> Su ingreso es entre 1 y 5 smmlv				APORTE MENSUAL:				3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%		
<input type="checkbox"/> Su ingreso es entre 5 y 10 smmlv				APORTE MENSUAL:				2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	
<input type="checkbox"/> Asociados con ingresos mayores a 10 smmlv				APORTE MENSUAL:				1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
<input type="checkbox"/> Asociados pensionados				APORTE MENSUAL:				1%	2%	3%	4%	5%					
INFORMACIÓN FINANCIERA																	
INGRESOS MENSUALES							EGRESOS MENSUALES										
Salario o pensión \$ _____							Descuentos de nómina \$ _____										
Comisiones \$ _____							Gastos personales y familiares \$ _____										
Otros ingresos \$ _____							Cuota crédito de vivienda \$ _____										
Total Ingresos \$ _____							Cuota tarjeta de crédito \$ _____										
							Cuota otros créditos \$ _____										
							Total egresos \$ _____										
Describe el concepto de otros ingresos _____																	
SOLVENCIA PATRIMONIAL																	
VIVIENDA				DIRECCIÓN:				VALOR COMERCIAL: \$ _____				SALDO \$ _____		ENTIDAD _____		CUOTA \$ _____	
PROPIA <input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>		ARRIENDO <input type="checkbox"/>													
VEHÍCULO				MARCA:		MODELO:		PLACA:		VALOR COMERCIAL: \$ _____		SALDO \$ _____		ENTIDAD _____		CUOTA \$ _____	
OTROS ACTIVOS: (Especifíquelos)																	
TOTAL ACTIVOS: \$ _____				TOTAL PASIVOS: \$ _____				PATRIMONIO: \$ _____									
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE																	
¿Por su cargo o actividad ha manejado recursos públicos en los últimos 2 años? Sí: _____ No: _____																	
¿Por su cargo o actividad ha ejercido algún grado de poder público en los últimos 2 años? Sí _____ No _____																	
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público en general? Sí _____ No _____																	
Si alguna de las preguntas es afirmativa, por favor especifique:																	
Entidad: _____				Cargo: _____				Fecha nombramiento: _____				Fecha desvinculación: _____					
Datos del cónyuge o compañero permanente, y familiares hasta segundo grado de consanguinidad, primero afinidad y primero civil.																	
Nombre: _____				Tipo de Identificación: _____				No. identificación: _____				Parentesco: _____					
Nombre: _____				Tipo de Identificación: _____				No. identificación: _____				Parentesco: _____					
Nombre: _____				Tipo de Identificación: _____				No. identificación: _____				Parentesco: _____					
Nombre: _____				Tipo de Identificación: _____				No. identificación: _____				Parentesco: _____					
Nombre: _____				Tipo de Identificación: _____				No. identificación: _____				Parentesco: _____					
¿Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características de las preguntas anteriores? Sí _____ No _____																	
Si la respuesta es afirmativa especifique:																	
Parentesco: _____				Nombre completo: _____				Tipo y número de Identificación: _____									
Entidad: _____				Cargo: _____				Fecha de nombramiento: _____				Fecha de desvinculación: _____					
OPERACIONES INTERNACIONALES																	
1. ¿Posee cuenta en el exterior? Sí ___ No ___ Nombre del banco _____ Número de la cuenta _____ Ciudad _____ País _____ Moneda _____																	
2. ¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí ___ No ___ Si su actividad implica transacciones de moneda extranjera señale los tipos de transacción: Importación ___ Exportación ___ Inversiones ___ Préstamos en M.E. ___ Otros ___ Cuáles _____																	
DESCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Mencione a las personas que conviven con usted.																	
PARENTESCO				FECHA DE NACIMIENTO				NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN									
				1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	DD	MM	AAAA	C.C.	T.I.	C.E.	NIUIP	NÚMERO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES				
NOMBRE Y APELLIDO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR

SERVICIO PÓSTUMO	
PRESIDENCIAL <input type="checkbox"/>	GERENCIAL <input type="checkbox"/>

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS

Libre y espontáneamente manifiesto mi voluntad que en caso de retiro de FECOLSA por causa de muerte real o presunta, mis aportes, ahorro, auxilios y demás beneficios o derechos económicos que resulten a mi favor sean entregados a las personas y en las proporciones que se indican enseguida:

BENEFICIARIOS PRINCIPALES DE DERECHOS ECONÓMICOS													
PARENTESCO				1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	% DE PARTICIPACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN				
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros						C.C.	T.I.	C.E.	NUIP	NÚMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS EN CASO DE FALTAR TODOS LOS PRINCIPALES													
PARENTESCO				1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	% DE PARTICIPACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN				
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros						C.C.	T.I.	C.E.	NUIP	NÚMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES ESPECIALES

De ser aceptada la presente solicitud de ingreso del suscrito autorizo irrevocablemente a mi empleador para que descuente periódicamente, de los derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera al Fondo de Empleados de Colsanitas las sumas de dinero que adeude a este por conceptos de aportes sociales, ahorros, contribuciones ordinarias y extraordinarias y demás obligaciones a que haya lugar en razón al vínculo de asociación así surgido, incluyendo la contribución por ingreso equivalente al 3% de un smmiv. En el evento de no verificarse el descuento acá autorizado, me obligo a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi cargo mediante consignación o transferencia bancaria, o en la forma que se me indique. Igualmente, en caso de desvinculación laboral autorizo de forma irrevocable a mi empleador a descontar de mis derechos económicos y sin limitación alguna, y trasladar a FECOLSA las sumas adeudadas a éste. Para los efectos anteriores declaro que conozco las disposiciones estatutarias y reglamentarias del fondo, las cuales me comprometo a cumplir estrictamente, junto con los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

Además, estoy al tanto de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice y me comprometo a hacerlo oportunamente.

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a FECOLSA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes al momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la probación y desembolso del crédito ahora solicitado, sino que cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga como deudor de FECOLSA o quien represente sus derechos. Así mismo, autorizo a la central de riesgo a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando sea similar al aquí establecido. De igual manera autorizo que todas las comunicaciones a través de las cuales se me notifique el incumplimiento de la(s) obligación(es) a mi cargo, sean enviadas a mi última dirección de correspondencia o correo electrónico registrados en FECOLSA.

En mi calidad de titular de la información, autorizo a FECOLSA a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual y solidaria que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de FECOLSA de los que soy titular; 3) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas; 4) promover la seguridad; 5) demás finalidades establecidas en las Políticas y Procedimientos de Protección de Datos definidas por FECOLSA, las cuales declaro conocer. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a FECOLSA o a quien represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial. Personas autorizadas para utilizar mi información: La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de FECOLSA, a quien éste contrate para el ejercicio de los mismos o a quien éste ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos, servicios o beneficios de los que soy titular. Así mismo, a los terceros con quien FECOLSA establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Vigencia de la autorización: Esta autorización permanecerá vigente, 1) hasta tanto mantenga mi relación asociativa con FECOLSA, siempre y cuando no tenga ninguna obligación vigente con FECOLSA, evento en el cual, la autorización estará activa hasta su pago total, 2) hasta que sea revocada. Esta revocatoria será procedente en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con FECOLSA o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Circular 020 de 2020 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás normas concordantes y aplicables, libre y voluntariamente declaro que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y se ejerce dentro del marco legal.
- La información que he suministrado en ésta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecido FECOLSA.
- Los recursos que se derivan del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública, cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.
- Los recursos que apalancan mi actividad o negocio provienen de las siguientes fuentes: (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

Describe aquí el origen de sus fondos: _____

Nota: Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y me obligo a confirmar los datos suministrados y actualizarlos anualmente.

Nombre: _____ Firma: _____

C.C. _____ Lugar Expedición: _____

Huella índice derecho

Para mayor información comuníquese con FECOLSA al call center (601) 6466122 o las Ext: 5710730 - 5710731 o al correo: fecolsa@colsanitas.com