

# SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

Fecha de solicitud
DD MM AAAA

Tipo de solicitud
Nuevo ingreso <input type="radio"/> Reingreso <input type="radio"/>

Si ya estás asociado y vas a cambiar tu tipo de vinculación, escoge entre estas opciones:

Extensión  Pensión  Sustitución

## TU INFORMACIÓN PERSONAL

Tipo de identificación	No. Identificación	Lugar de expedición	Fecha de expedición
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			DD MM AAAA
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre completo	
Sexo	Tipo de RH		Fecha de nacimiento
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>	O- <input type="radio"/> O+ <input type="radio"/> A- <input type="radio"/> A+ <input type="radio"/> B- <input type="radio"/> B+ <input type="radio"/> AB- <input type="radio"/> AB+ <input type="radio"/>		DD MM AAAA
Ciudad de nacimiento	Dpto. de nacimiento	Nacionalidad	
		Colombiana <input type="radio"/> Otra _____	
Estado civil	Nivel académico (Por favor marca una opción y escribe tu profesión)		
Soltero (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Separado (a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/>	No escolarizado <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Especialización <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/>		
	Profesión: _____		

Mujer cabeza de familia	Dirección de residencia				
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
Barrio	Zona	Estrato			
	Rural <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/>			
Ciudad	Departamento	Indicativo	Teléfono fijo		
Tipo de vivienda			Celular		
Propia <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Arriendo <input type="radio"/> Hipoteca <input type="radio"/>					
Correo electrónico personal					
Correo electrónico para enviar correspondencia			Personal <input type="radio"/> Laboral <input type="radio"/>		

## TU INFORMACIÓN LABORAL

Selecciona tu actividad económica principal de acuerdo a las siguientes opciones:

0010 ASALARIADO 0090 RENTISTA CAPITAL 0020 PENSIONADO OTRO

Nombre de la empresa	Dirección de la empresa	Ciudad	Departamento		
Cargo actual	Área dentro de la empresa	Correo electrónico laboral			
Indicativo	Teléfono oficina	Extensión	Fecha de ingreso	Fecha terminación de contrato	
			DD MM AAAA	DD MM AAAA	
Jornada laboral (Tiempo)		Tipo de contrato			
Total <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/>		Indefinido <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Obra labor <input type="radio"/> Prestación de servicios <input type="radio"/>			

## CUENTANOS SI TIENES O HAS TENIDO RESPONSABILIDADES EN EL SECTOR PUBLICO PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)

Desempeñas en la actualidad o has desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

¿Maneja recursos públicos o tiene poder de disposición sobre estos?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Tiene o goza de reconocimiento público?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el Decreto 830 de 2021?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Tiene familiares hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en las preguntas anteriores?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

## ¿REALIZAS OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA? DIFERENTE AL PESO COLOMBIANO

¿Realiza operaciones con moneda extranjera?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cuáles	
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Banco	
Moneda	No. Cuenta	Ciudad	País
Fecha de apertura	DD MM AAAA	Tipo de cuenta	Ahorro <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>

## TU INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales		Gastos mensuales	
Salario/Pensión	\$	Arriendo	\$
Horas extras	\$	Cuota de vivienda	\$
Comisiones	\$	Gastos de sostenimiento	\$
Otros ingresos	\$	Obligaciones financieras	\$
Descripción de otros ingresos certificados:		Otros gastos	\$
Total ingresos mensuales	\$	Total gastos mensuales	\$

**Salario integral** Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal

Si  No  Si  No

**Declaración de origen de fondos:** Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de la Economía Solidaria, y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a Fondecop de la siguiente información.

A. Indique de donde provienen sus recursos (detalle ocupación, oficio, profesión, actividad, etc.) \_\_\_\_\_. Los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adiciones y por el contrario proviene de una actividad lícita.

B. Autorizo a terminar unilateralmente cualquier producto adquirido con Fondecop, en el caso de infracción de cualquier de los literales contenidos en este documento, eximiendo a Fondecop de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falta e inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

C. No admitiré que terceros efectúen depósitos y/o transferencias de fondos a mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adiciones, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

D. Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas.

Relaciona tu cuenta bancaria principal

No. Cuenta bancaria		<b>Tipo</b>	Ahorro <input type="radio"/>	Corriente <input type="radio"/>	<b>Banco</b>	
---------------------	--	-------------	------------------------------	---------------------------------	--------------	--

### DESCRIPCIÓN DE BIENES O PROPIEDADES Y OBLIGACIONES

Relaciona tus bienes o propiedades			Relaciona tus obligaciones financieras con entidades	
Tipo	Descripción	Valor comercial	Descripción	Valor
Vehículo		\$	Obligaciones financieras	\$
		\$		\$
Casa/apto		\$		\$
Lote		\$		\$
Otros		\$		\$
Total		\$	Total**	\$

\*\*No incluyas deudas en Fondecop si el tipo de solicitud es Reingreso.

**Porcentaje de descuento mensual autorizado de cuota de aportes y ahorro permanente.**

El porcentaje de descuento mensual autorizado para aportes debe ser escogido entre el 2,5% y el 10% de tu salario básico mensual. Para los asociados con salario integral el porcentaje del aporte se tomará sobre el 70% del salario básico. En caso de fallecimiento, los saldos a favor a pagar se realizarán de acuerdo a lo establecido en las normas legales colombianas

\_\_\_\_\_ %

### PREVISIÓN EXEQUIAL PARA TI Y LOS TUYOS

¿Deseas realizar la contribución exequial?	Si <input type="radio"/>  No <input type="radio"/>	Tendrán acceso al servicio exequial las personas relacionadas en el registro social.  Por favor presentar a Fondecop el certificado actualizado de afiliación al servicio exequial de la entidad con la que lo que tenga. Es deber del asociado actualizar esta certificación cada año (en caso de no realizarlo, se activará la contribución exequial). De acuerdo con lo establecido en el Reglamento del Fondo Mutual Funerario, quien no contribuya al mismo no tendrá derecho al auxilio por fallecimiento del asociado y/o beneficiarios.
--	--	---

### TU REGISTRO SOCIAL

El registro social está conformado por el grupo familiar primario del asociado, quienes podrán acceder a nuestros servicios y beneficios tales como: auxilios e inscripción a actividades o programas. Podrán conformar este registro:

**Asociados solteros, sin hijos:** Padres biológicos o adoptivos sin límite de edad. Hermanos huérfanos hasta 25 años o sin límite de edad que se encuentren impedidos para trabajar por situación de discapacidad y que dependan económicamente del asociado.

**Asociados con hijos y/o casados o con compañero permanente:** Cónyuge o compañero permanente, Padres biológicos o adoptivos sin límite de edad, Hijos hasta los 25 años o hijos y hermanos en situación de discapacidad que les impida trabajar sin límite de edad.

**Para asociados sin familiares:** En caso de que el asociado no cuente con ninguno de los anteriores beneficiarios, podrá incluir hasta máximo 2 beneficiarios, comprobando legalmente la dependencia económica del asociado, mediante declaración extrajuicio.

**Parágrafo:** La discapacidad permanente que le impida trabajar deberá estar certificada por una entidad competente.

Diligencia solo los campos que te apliquen de acuerdo a lo anteriormente explicado.

Parentesco	Nombres y apellidos	Fecha nacimiento	Tipo ID	No de documento	Estado Civil	Nivel educativo	Teléfono contacto
Padre		DD MM AAAA					
Madre		DD MM AAAA					
Cónyugue		DD MM AAAA					
Hijo		DD MM AAAA					
Hijo		DD MM AAAA					
Hijo		DD MM AAAA					
Hermano		DD MM AAAA					
Hermano		DD MM AAAA					
Hermano		DD MM AAAA					
Otros beneficiarios		DD MM AAAA					
Otros beneficiarios		DD MM AAAA					

## TUS REFERENCIAS

Tipo	Nombre	Parentesco	Correo electrónico	Ciudad de residencia	Teléfono o celular
Familiar					
Personal					

## AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR TU INFORMACIÓN

En mi calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a Fondecop - y/o al operador de información contratado por el mismo, o a quien represente sus derechos, a consultar, procesar, reportar, conservar, suministrar, y actualizar cualquier información de carácter financiero y comercial, desde el momento de esta solicitud y durante el tiempo que los sistemas de base de datos, normas y autoridades lo establezcan para darle tratamiento en los términos expresados en el Manual de Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Personales de Fondecop y la ley 1581 de 2012. De igual manera autorizo consultar mis datos personales contenidos en la base de datos de Mareigua Ltda. con NIT 800.167.353-4, Aportes en Línea S.A. con NIT 900147238-2, Colfondos y/o administradoras de pensiones, y demás Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social. De igual manera autorizo tratamiento de datos para la gestión de riesgo crediticio tales como: elaboración y circulación a terceros de scores crediticios, herramientas de validación y predicción de ingresos, mitigación del fraude y en general, las que les permitan a los operadores de información, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio, compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países. Confirmando que las personas relacionadas en el registro social como grupo familiar y referencias les he informado sobre el registro en la base de datos de Fondecop.

## TUS DATOS ESTÁN PROTEGIDOS CON NOSOTROS

### AVISO DE PRIVACIDAD

De conformidad con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2010 de Protección de Datos Personales, Fondecop, como responsable de los datos personales obtenidos a través de diferentes medios, solicita a sus asociados autorización para recolectar, almacenar, procesar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir la información suministrada, según sea aplicable dentro del marco del objeto social de la entidad y de acuerdo con los términos y condiciones de su política de protección de datos. Por otro lado, les informa que es de carácter facultativo autorizar el tratamiento de Datos Sensibles, entendiéndose por estos aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido pueda generar su discriminación, tales como su fotografía y videos. Fondecop cuenta con los mecanismos tecnológicos, seguros y confidenciales, garantizando la custodia de los datos tratados, de conformidad con los procedimientos contenidos en la ley. Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud a [ventanillaunica@fondecop.coop](mailto:ventanillaunica@fondecop.coop), comunicándose al PBX 5146161 opción 1 o mediante correo ordinario remitido a la dirección: Av 5 nte # 23n - 69 (Versalles) en la ciudad de Cali. El asociado declara haber leído y estar conforme con la totalidad del clausulado y se compromete en forma expresa e irrevocable a entregar a Fondecop información veraz y verificable, así como a actualizarla mínimo una (1) vez al año, o cada vez que solicite sus servicios.

\_\_\_\_\_

Firma



Huella

Fondecop 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.

## SI TU SOLICITUD ES POR SUSTITUCIÓN, RELACIONA LOS DATOS DEL ASOCIADO A SUSTITUIR

Identificación    CC     CE     Pasaporte     No.

Nombre completo \_\_\_\_\_

## ¿TIENES FAMILIARES ASOCIADOS A FONDECOP?

### DECLARACIÓN DE GRUPOS CONECTADOS

Si     No     Si la respuesta anterior es SI, por favor diligencia la siguiente información de parentesco.

\*Relaciona solo las personas que se encuentren dentro de los siguientes parentescos: cónyuge, compañero o compañera permanente, padres biológicos o adoptantes, hijos, hermanos, abuelos, nietos, padres, hijos, cuñados, suegros.

Parentesco*	Nombres y apellidos	Tipo ID	No de documento

## CUIDAMOS TUS RECURSOS Y LOS DE TODOS NUESTROS ASOCIADOS

### AUTORIZACIÓN DEDUCCIÓN DE NÓMINA

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_ autorizo a (empresa donde labora) \_\_\_\_\_ para que deduzca de mi salario quincenal o mensualmente los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor de Fondecop:

1. Aportes Sociales y Ahorro Permanente, que no podrán exceder el 10% del salario básico según artículo 16 del título I, capítulo IV del decreto 1481 de 1989, 2. Fondo Mutuo Funerario, 3. Fondo Mutuo Solidario, 4. Ahorros voluntarios si los hubiere, 5. Obligaciones crediticias y demás saldos a mi cargo que hubiere adquirero a través de Fondecop.

Igualmente autorizo descontar del salario, liquidación de prestaciones sociales, vacaciones, bonificaciones, honorarios, comisiones, indemnizaciones que se causen a mi favor como empleado de la empresa a la que estoy vinculado, el saldo insoluto de las obligaciones a mi cargo, de conformidad con lo dispuesto para tal evento en el artículo 59, numeral 1 ordinal b del Código Sustantivo de Trabajo.

Nota: La firma de este documento se entenderá con valor jurídico para solicitud integral de ingreso como asociado o cambio de vinculación, así como para dejar mi autorización de deducción nómina, de consulta de información y de tratamiento de datos personales

## CONTRATO ASOCIADO - FONDECOM

MANDANTE: NOMBRE \_\_\_\_\_ identificado con Cedula de \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_  
domiciliado en \_\_\_\_\_.

MANDATARIO: FONDO DE EMPLEADOS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA Y LAS EMPRESAS VINCULANTES AFILIADAS A COMFANDI (FONDECOM)

Entre los suscritos a saber \_\_\_\_\_, mayor de edad, vecino de \_\_\_\_\_, identificado con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, quien para los efectos del presente contrato se denominará el MANDANTE y de otro ANDRÉS FELIPE BEJARANO DURAN, también mayor de edad, vecino de Cali D.E., identificado con la cédula de ciudadanía número 1.115.063.057 de Buga, actuando a nombre y representación legal de FONDO DE EMPLEADOS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA Y LAS EMPRESAS VINCULANTES AFILIADAS A COMFANDI (FONDECOM), quien para los efectos del presente contrato se denominará el MANDATARIO hemos acordado suscribir el siguiente contrato de mandato acorde a los instructivos de la Supersolidaria en Circular Externa 005 de 2013 que se registró por las siguientes cláusulas y en lo previsto en ellas, por las disposiciones del Código del Comercio y del Código Civil aplicables a la materia de que se ocupa este contrato, PRIMERO: OBJETO DEL CONTRATO: EL MANDANTE (ASOCIADO) faculta en forma gratuita al fondo de empleados FONDECOM MANDATARIO, para que en su nombre y representación adquiera a cualquier título bienes y servicios que promuevan LA solución a las necesidades sociales, económicas y culturales del asociado y del grupo familiar. Como consecuencia, el MANDATARIO queda facultado para suministrar al proveedor del servicio/ bien los datos del MANDANTE (asociado) que se requieran a fin de protocolizar la venta o prestación del servicio. SEGUNDA: PAGO DEL BIEN/SERVICIO: EL MANDANTE se compromete a cancelar al fondo de empleados "FONDECOM" MANDATARIO con autorización de descuentos por nómina o débito automático a su cuenta en los términos estipulados en el reglamento de créditos TERCERO: DURACIÓN DEL CONTRATO: El contrato será a término indefinido, pero el MANDANTE o el MANDATARIO podrán solicitar en cualquier tiempo la terminación del contrato con una antelación no inferior a treinta días (30) calendario. CUARTA: OBLIGACIÓN DEL MANDATARIO: Al ser este un contrato de mandato sin representación y por ende el MANDATARIO no se es pagador, sino que su calidad es de simple intermediario (recaudo de cuotas).

\_\_\_\_\_  
Firma El Mandante

\_\_\_\_\_  
Firma El Mandatario

### USO EXCLUSIVO DE FONDECOM

Medio de entrevista			Lugar de entrevista (Presencial)		Responsable de la entrevista	
Virtual <input type="radio"/>	Telefónica <input type="radio"/>	Presencial <input type="radio"/>				
Fecha de entrevista	DD	MM	AAAA	Concepto del interesado, ¿aprobado?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Observaciones entrevista						
Lista de chequeo						
Fotocopia cedula de ciudadanía ampliada al 150%					<input type="radio"/>	
Revisar diligenciamiento completo					<input type="radio"/>	
Revisar firmas y huella dactilar en el pagaré único y en la carta de instrucciones.					<input type="radio"/>	
Solicitud de asociación:	Aprobada <input type="radio"/>	Rechazada <input type="radio"/>	Fecha	DD	MM	AAAA
Aprobado por				Cargo		
Acta #						
Observaciones						