FORMULARIO DE VINCULACION Y ACTUALIZACION DEL ASOCIADO

Código: FVA-2025
Versión: 3

INGRESO ☐ ACTUALIZACION ☐ FECHA DE DILIGENCIAMIENTO ____/____/____

DATOS PERSONALES Y DE CONTACTO

Nombres:	Apellidos:	Tipo Documento	CC ☐	CE ☐	PEP ☐	PAS ☐
		N°				

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Edad	Sexo
____/____/____		____/____/____			M ☐ F ☐ O ☐

Nacionalidad	Dirección de domicilio	País de residencia

Barrio	Ciudad	Departamento	Tiempo de residencia

Número principal de contacto	Correo electrónico	Número de contacto 2

Tipo de vivienda	Zona	Estado civil	Nivel académico
Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☐ Leasing ☐ Estrato socioeconómico: ____	Rural ☐ Urbana ☐	Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐	Ninguno ☐ Primaria ☐ Bachiller ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Título: ____

Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional											
SI ☐ NO ☐	Niñ@s y adolescentes ☐	Mujer cabeza de hogar ☐	Mayores de 60 años ☐	Pueblos indígenas ☐	Discapacitado ☐	Afrocolombiano ☐	Población LGBTIQ+ ☐	Pobreza extrema ☐	Víctima conflicto armado ☐	Otro: ____

ACTIVIDAD ECONOMICA

Empresa	Dirección empresa

Ciudad	Teléfono	Cargo actual	Fecha de ingreso
			____/____/____

Tipo de contrato: Fijo ☐ Indefinido ☐ Servicios ☐ Aprendizaje ☐ Temporal ☐ Jornada laboral: Total ☐ Parcial ☐ CIIU: ____

INFORMACION FINANCIERA

¿Es declarante de renta?: Si ☐ No ☐

Ingresos mensuales de actividad principal $ ____
Ingresos variables de actividad principal $ ____
Otros ingresos $ ____

Gastos p $ ____
Deudas $ ____
Descuent $ ____

Activos $ ____
Pasivos $ ____

Detalle de otros ingresos ____

Activos representados en: ☐ Bienes raíces ☐ Vehículo ☐ Acciones ☐ Muebles y enceres ☐ Lote ☐ Motocicleta ☐ Otros

Pasivos representados en: ☐ Crédito de consumo ☐ Crédito hipotecario ☐ Tarjeta de crédito ☐ Libranza ☐ Créditos con terceros

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera Si ☐ No ☐
Tipo de operación: Salario ☐ Exportación ☐ Importación ☐ Inversiones ☐ Envío y/o recibo de giros y remesa s

Posee cuentas en moneda extranjera Si ☐ No ☐
Entidad: ____ N° de cuenta: ____
Ciudad/País: ____ Moneda: ____

¿Tiene usted residencia fiscal en otro país?	Si ☐	No ☐	País: ____
¿Tienen usted la condición de persona expuesta políticamente?	Si ☐	No ☐	N° de identificación tributaria ____
Por su cargo o actividad, ¿administra o maneja usted Recursos Públicos?	Si ☐	No ☐	
¿Es usted representante legal de una organización internacional?	Si ☐	No ☐	Código PEP / Fecha inicial / Fecha final
¿Es usted familiar o asociado de una persona que por su cargo maneje recursos publicos o tenga la condicion de Persona Politicamente Expuesta?	Si ☐	No ☐	____/____/____ ____/____/____

INFORMACION DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Nombres:	Apellidos:	Tipo Documento	CC ☐	CE ☐	PEP ☐	PAS ☐
		N°				

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Edad	Sexo
____/____/____		____/____/____			M ☐ F ☐ O ☐

Profesión u oficio	Nivel académico	Teléfono de contacto	Dirección	Labora
				Si ☐ No ☐

Cargo actual	Fecha ingreso	Salario	Empresa
	____/____/____	$	

COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR

Nombre y Apellidos	N° documento de identificación	Fecha nacimiento	Parentesco	Sexo F	Sexo M	Sexo O	Nivel de estudios	Beneficiario Aux.	Beneficiario %	Discapaci Si	Discapaci No	Trabaja Si	Trabaja No
		____/____/____											
		____/____/____											

		___/___/_____											
		___/___/_____											
		___/___/_____											
		___/___/_____											
		___/___/_____											

DILIGENCIE SI USTED POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO

Nombre del establecimiento, empresa o negocio	NIT	Actividad económica	Código CIIU

Fecha de constitución	Dirección del establecimiento	Ciudad /Departamento	País
____/____/_____			

Autorización para contacto: Autorizo a FEQUIBA para que me contacte por los siguientes medios: Correo electrónico ☐ Llamada ☐ Mensajes de texto ☐ Correo físico ☐

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorización para administración y tratamiento de datos personales, consulta y reporte a operadores de información

En mi calidad de titular de los datos registrados en el presente formulario, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa al FONDO DE EMPLEADOS DE QUIMICA BASICA - FEQUIBA, identificada con NIT 890.329.373-5 o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a utilizar mis datos personales para: a) Recolectar, almacenar, circular mis datos personales, incluyendo datos biométricos como huellas, fotografías, videograbaciones y demás datos que puedan llegar a ser considerados sensibles de conformidad con la ley, con el fin de lograr su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales. b) Que realice el tratamiento de los datos confidenciales, sensibles, tales como datos de menores de edad que he registrado como beneficiarios de servicios, relacionados con las actividades sociales, de recreación y educación que realice el Fondo. Así mismo los requeridos para la plena identificación biométrica, sin limitarse a ellos, a través de medios físicos o digitales, videograbaciones, huellas a través de medio físico o digital, firma electrónica y fotografía, con la finalidad de garantizar la identidad de la persona frente al Fondo, previniendo situaciones de fraude por suplantación de identidad y brindar un servicio más eficiente, que me permita gozar de los beneficios que ofrece FEQUIBA. c) Los fines pertenecientes a su objeto social y a mi relación contractual con el Fondo, incluida la atención de mis solicitudes, envío de comunicaciones, gestiones comerciales, de cobranza, invitaciones, convocatorias, encuestas, estadísticas, ofrecimiento de productos, servicios y beneficios, a través de los canales de comunicación que el Fondo establezca. d) Consultar, solicitar o verificar información sobre mis datos, ubicación o contacto, mi información financiera o económica, bienes o derechos en otras entidades, o que conozcan personas naturales o jurídicas, entidades públicas o privadas, o se encuentren en buscadores públicos, redes sociales o publicaciones físicas o electrónicas. e) Me contacte a través del envío de comunicaciones o mensajes por cualquier medio físico o digital, correspondencia escrita, correos electrónicos, mensajes de texto a dispositivos electrónicos o contacto personal y telefónico. f) Transfiera o entregue a terceros autorizados para realizar o adelantar procesos como, de control, validación, seguridad, custodia, cobranza.
g) Evaluar los diferentes riesgos. h) Entregar informes o reportes a las autoridades fiscales y reguladores, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados y los que serán contratados, datos de ubicación, movimientos de cuentas y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como aquellas que la regulen, modifiquen o sustituyan. i) Así mismo autorizo el tratamiento de mis datos según lo establecido en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y Políticas de Tratamiento de Datos de FEQUIBA.

Declaraciones

Manifiesto al Fondo que: a) He solicitado autorización verbal a las referencias familiares, personales, comerciales y financieras para suministrar sus datos de contacto a el Fondo con el fin de que mediante ellos puedan verificar la información que he suministrado. b) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que la información que adjunto es verás y verificable, y los documentos que se anexan corresponden a la realidad y autorizo su verificación, asumiendo plena responsabilidad por la veracidad de estos. c) Acepto el compromiso de actualizar o confirmar la información de mis datos básicos como mínimo

una vez al año o cada vez que, la solicitud de un producto, servicio o beneficio lo amerite, anexando los soportes que sean requeridos para ello. d) Acepto cualquier inexactitud en los datos suministrados a la imposibilidad de confirmarlos o la falta de actualización anual de mis datos básicos, faculto a FEQUIBA para suspender el uso de servicios, productos o beneficios del Fondo. e) Declaro que he sido informado de los derechos de acceso, rectificación, consulta, oposición y demás derechos que puedo ejercer como titular de los datos personales, conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales del Fondo, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.fequiba.com. f) Declaro que FEQUIBA me ha informado de manera clara en el momento de la vinculación lo referente a sus productos, servicios y beneficios, y he conocido los aspectos relacionados con los mismos y las características, condiciones, requisitos y tarifas, así mismo, lo referente a los Estatutos del Fondo, Reglamentos, Manuales, etc., los cuales acepto y me obligo a cumplir, como también se me ha indicado que puedo acceder a dicha información en la página web: www.fequiba.com o consultar en la oficina del Fondo.

Autorización para la consulta y reporte a centrales de información

Obrando en mi propio nombre, actuando libre y voluntariamente, AUTORIZO de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE QUIMICA BASICA - FEQUIBA, identificada con el NIT 890.329.373-5 o a quien represente sus derechos y/o en el futuro ostente la calidad de acreedor de la (s) obligación (es) por mi contraídas con FEQUIBA para que con fines estadísticos, de control, de supervisión y de información comercial a otras entidades, pueda consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar a las centrales de información, DATACREDITO, TRANSUNION y/o OTRAS CENTRALES DE INFORMACION, o a cualquier otro operador y/o fuente de información legalmente establecido o entidad que maneje base de datos con los mismos fines, toda información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, de productos que se relacione con el nacimiento, ejecución, modificación, liquidación y/o extinción, cumplimiento de obligaciones directas o indirectas contraídas con anterioridad o que llegue a contraer, en cualquier tiempo, también para efectos de evaluar el riesgo crediticio y que podrá reflejarse en las bases de datos antes mencionadas. Lo anterior implica que la información reportada permanecerá en los términos y condiciones según la Ley 1266 del 2008 y demás normas que la modifiquen, aclaren, complementen o reglamenten.

Declaración voluntaria de Origen de Fondos

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por las normas legales en materia de prevención de lavado de activos y de la financiación del terrorismo, de manera voluntaria y libre, DECLARO que: a) Mis recursos tienen un origen lícito y provienen directamente del desarrollo de la actividad económica y ocupación señalada en el anverso del presente formulario, los cuales se desarrollarán de conformidad al marco legal y normativo colombiano vigente, así mismo, los recursos que utilizaré en cada una de las transacciones se destinarán en actividades lícitas. b) No admitiré que terceros efectúen pagos a mis obligaciones o ahorros con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. c) Que de presentarse cualquier inexactitud en la información suministrada del presente formulario, o si se llegara a configurar alguna circunstancia descrita en esta declaración AUTORIZO a FEQUIBA a saldar mis productos y a dar por terminado mi vínculo, relación comercial o contractual, teniendo como fundamento mi figuración en cualquier tipo de investigación o proceso, administración de recursos, cuando esté incluido en listas vinculantes o restrictivas o por la presunta comisión de delitos fuentes o que tengan relación con lavado de activos y financiación del terrorismo (LAFT).

Aportes obligatorios y descuentos nómina

Declaro que conozco que los Aportes Sociales individuales y Ahorros Permanentes quedarán afectados desde su origen a favor de FEQUIBA, como garantía de las obligaciones contraídas con éste, que serán inembargables excepto por obligaciones alimentarías, y no podrán ser gravados ni transferirse a otros asociados o a terceros; y que se me reintegrarán en el evento de mi desvinculación por cualquier causa, conforme se establece en el Estatuto. 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 pagado directamente a FEQUIBA de los salarios, prestaciones sociales (cesantías, intereses a las cesantías y prima), vacaciones e indemnizaciones a que tengo derecho y/o fondo de cesantías en los que tengo consignadas mis cesantías, los saldos debidos en su favor, 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 del FONDO EMPLEADOS QUIMICA BASICA COLOMBIANA sobre el saldo. Igualmente autorizo el descuento por nómina del _____% de mi Salario Básico Mensual, el cual se capitalizará como aporte social en un _____y ahorro permanente en _____

Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT

AUTORIZACION SARLAFT. Expresa e irrevocablemente autorizo a FEQUIBA o a quien represente sus derechos: a) Para que realice las consultas y controles establecidos en los términos de su política de administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar en las fuentes que considere necesarias, la información suministrada en el presente documento, tales como los listados de la OFAC (Office of Foreign Assets Control) o de las Naciones Unidas, entre otras listas vinculantes nacionales e internacionales. b) Para efectuar los reportes a las autoridades competentes en materia de lavado de activos y financiación al terrorismo, que considere necesarios realizar de conformidad con sus reglamentos y manuales de administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.

DECLARACION SARLAFT. Considerando la obligación legal que corresponde a todas las personas vinculadas/asociadas con FEQUIBA, para aplicar el SARLAFT (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo), con base en el Código de Conducta, los Manuales de procedimientos, así como las normas establecidas en las Circulares de la Superintendencia de la Economía Solidaria, DECLARO que me comprometo como Parte Interesada a dar cumplimiento con las mencionadas normas, las cuales me fueron explicadas. Además, como parte interesada, me comprometo a reportar a la Gerencia / Oficial de Cumplimiento, las operaciones inusuales o sospechosas y posibles eventos de fraude tanto internos como externos que detecte junto con las pruebas suficientes.

1.Declaro que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional o bloqueado (a) por actividades de narcotráfico, lavado de activos, o delitos asociados al turismo sexual de menores de edad. Que en mi contra no se adelantan ningún proceso en instancia nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.

2.Autorizo a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con FEQUIBA o cualquiera de sus capítulos en caso de infracción de cualquier de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de la responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación de este.

3.Declaro, garantizo y acepto que con relación a mi vinculación como asociado (a), no hubo y no habrá ninguna solicitud, exigencia, cobranza, dádiva, ventaja o promesa de ventaja indebida, sea o no con el pretexto de influenciar la obtención de una actuación por funcionario público y/o privado.

4.Declaro que me fue informado de parte de FEQUIBA que, el Fondo podrá terminar de manera unilateral e inmediata la relación de asociación que se origina con la aprobación de mi vinculación, sin el pago de indemnización alguna, en caso que llegare a ser: (i) condenado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con dichas actividades o condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos; (ii) incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la lista de la Oficina de Control de Activos en el Exterior – OFAC emitida por la Oficina del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la Organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas de orden nacional e internacional, relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo.

Las anteriores declaraciones y autorizaciones o facultades otorgadas a FEQUIBA estarán plenamente vigentes mientras subsista alguna relación comercial, producto u obligación por cualquier concepto a mi cargo en calidad de asociado, deudor, codeudor, aval o por cualquier concepto y en cualquier calidad, reflejándose además el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones que contraiga o garantice.

Contrato de Mandato: confiero poder al FONDO DE EMPLEADOS QUIMICA BASICA , para que de acuerdo con la legislación vigente, en mi nombre (mandato con representación) o en el de _____(mandato sin 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, FEQUIBA me entregara una orden de compra 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 con 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 Caloto, Cauca, certifico que he leído, comprendido, aceptado y autorizado todos los puntos contemplados en el FORMATO DE VINCULACION, LAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES del presente documento.

Por la presente solicito ser admitido como asociado del Fondo de Empleados de Química Básica - FEQUIBA. Declaro que me someto libre y voluntariamente a los Estatutos y Reglamentos de la entidad con respecto a los productos, servicios y beneficios. Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a el Fondo FEQUIBA para que la verifique por cualquier medio. Estoy informado de mi obligación de actualizar los datos que componen mi información personal y que suministré a FEQUIBA de manera voluntaria para su tratamiento, cada vez que uno de ellos cambie de estado o sea modificado o mínimo anualmente. FIRMO a entero conocimiento de las declaraciones y autorizaciones descritas y detalladas en el presente formulario. Reiterando que AUTORIZO la consulta ante las centrales de riesgo (Datacredito y Transunion) y en las listas vinculantes LA/FT nacionales e internacionales. Certifico que he leído, entendido y acepto el contenido del anverso y reverso de este formulario; y me comprometo con el Fondo a realizar mis aportes mensuales correspondientes, aportes que al estar pagos al día garantizan mi calidad de asociado y el acceso a los beneficios, productos y servicios que me ofrece la entidad.

En constancia de lo anterior firmo y estampo la huella del dedo que registra mi documento de identificación.

_____ Firma

_____ Huella

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE FEQUIBA

Documentos requeridos	Copia DI		Cert. Ingre		RUT
Empleados	X		X		
Pensionados	X		X		
Contratistas	X		X		X

Debida diligencia				
Consulta en listas vinculantes	Si		No	
Registro de biometría	Si		No	
Registro de foto	Si		No	
Familiar de directivo/empleado	Si		No	
Familiar de asociados	Si		No	

Nombre del empleado o directivo:
Parentesco:

*En caso de ser familiar de un asociado, por favor grabar la información en el aplicativo en la página de referencias / familiares asociados

ENTREVISTA Y VERIFICACIONES

Fecha de constitución	Nombre y cargo del funcionario que verifica la información.	Firma
____/____/_____		
Observaciones:		

REISION DE LA VINCULACION

Fecha de constitución	Nombre y cargo del funcionario que revisa la vinculación	Firma
____/____/_____		

_____ VoBo Gerencia

_____ VoBo Presidente Junta Directiva

Aprobado mediante Acta N°_____