



## FORMATO DE VINCULACIÓN DE ASOCIADOS

Código: F-CA-01

Fecha: 01/01/25

Versión: 03

<b>Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:</b>				<b>Tipo de Solicitud:</b> Nuevo Asociado <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>		
<b>INFORMACION GENERAL</b>						
Apellidos y Nombres:						
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No.		Lugar de expedición:			Fecha de expedición: aaaa/mm/dd	
Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>			Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento: aaaa/mm/dd	
Lugar de nacimiento:			Departamento:		Nacionalidad:	
Cabeza de hogar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estrato:			No de Hijos:	
Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		Dirección de residencia:			Teléfono fijo y/o móvil	
Municipio:		Departamento:		Barrio:		
Nivel Educativo: Bachiller: <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			Oficio o profesión:		RH:	
E-mail:		Salario/Honorarios:		Otros ingresos:		
No. De cuenta		Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>			Banco:	
Vr cuota de ahorro Obligatorio: \$		Vr cuota de ahorro voluntario: \$		Vr cuota de otro ahorro: \$		
Empresa: Proenfar <input type="checkbox"/> Productividad <input type="checkbox"/> Salvaguardar <input type="checkbox"/> Mas <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>			Cargo:		Fecha de ingreso: aaaa/mm/dd	
Planta: Farma <input type="checkbox"/> Cosme <input type="checkbox"/> D.G <input type="checkbox"/>			Tipo de Contrato: Indefinido: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Municipio:		Departamento:		Teléfono empresa:		Ext:
ARL:		Cesantías:		Eps:		
<b>REFERENCIAS PERSONALES</b>						
NOMBRE COMPLETO		PARENTESCO			TELEFONO	
<b>INFORMACIÓN FINANCIERA</b>						
Valor Ingresos mensuales: \$			Otros ingresos: \$ Indique su procedencia:			
Valor Egresos mensuales: \$			Otros egresos: \$			
Valor Activos: \$			Valor Pasivos: \$			
<b>OPERACIONES INTERNACIONALES</b>						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?						
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:						
<b>Tipo de producto</b>	<b>No. del producto</b>	<b>Entidad</b>	<b>Monto</b>	<b>Moneda</b>	<b>Ciudad</b>	<b>País</b>
<b>Autorización descuento nomina y/o honorarios por prestación de servicios:</b> Autorizo el descuento por nómina de las cuotas por concepto de aportes y amortización de los créditos, servicios adquiridos y cuotas ordinarias aquí mencionada y los aumentos anuales a que haya lugar, así como las cuotas extraordinarias que fije la Asamblea de Asociados. Igualmente autorizo a mi empleador para descontar de los salarios, prestaciones e indemnizaciones a que tengo derecho y /o fondo de cesantías en donde las tengo consignadas, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas sea descontado y pagado directamente el saldo insoluto que le adeudo a INTEGRIDAD.						
<b>Autorización consulta centrales de riesgo:</b> Actuando libre y voluntariamente en mi calidad de titular de información, autorizo de manera expresa e irrevocable a INTEGRIDAD o a quien represente sus derechos: 1..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 la Central de Información -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mí actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.						



## FORMATO DE VINCULACIÓN DE ASOCIADOS

Código: F-CA-01

Fecha: 01/01/25

Versión: 03

**Autorización tratamiento de datos personales:** Autorizo a INTEGRIDAD: 1. Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, la empresa con la cual tengo el vínculo de trabajo, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la INTEGRIDAD con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. 2. Para que utilice fotografías en donde yo aparezca para publicidad y presentaciones y el aplicativo de el Fondo de Empleados. 3. A que me envíen mensajes de texto y correos electrónicos recordándome mis obligaciones o promocionando los servicios que presta INTEGRIDAD 3. Grabar y conservar en cintas magnetofónicas, registros digitales o en cualquier otro medio que considere idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y INTEGRIDAD y/o las entidades externas que la INTEGRIDAD autorice, la información obtenida y recopilada estará sujeta a reserva en la forma prevista por la Ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por las entidades así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro propósito comercial.

**Autorización de destrucción de documentos:** INTEGRIDAD estará libremente facultada para aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento. En caso de que la presente solicitud sea negada autoriza irrevocablemente a que todos los documentos que entregamos para el estudio no nos sean devueltos y sean destruidos después de quince (15) días calendario de la decisión del rechazo.

Autorización canales de comunicación y horarios: autorizo de manera voluntaria e informada a INTEGRIDAD formalmente la forma de comunicación y horarios o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de ACREEDOR a partir de la fecha, la forma de comunicación para todos los asuntos relacionados con el cobro administrativo, jurídico, prejurídico son por correo electrónico y certificado, teléfono, WhatsApp, SMS, dentro del horario de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm, las veces que sean necesarias (artículo 2, 3 ley 2300 de 2023).

**Declaración de origen de fondos:** Ley 1186 de 2008 Declaro que el origen de bienes y/o fondos con los cuales desarrollo mi actividad, apporto como asociado, o cualquier otra actividad que desarrolle con INTEGRIDAD provienen de actividades lícitas y no acepto como propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

**Actualización de datos:** Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente, o cuando tenga alguna modificación. Certifico que toda la información es verídica y autorizo a INTEGRIDAD para que la verifique.

¿Maneja o ha manejado recursos públicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Goza o ha gozado de reconocimiento público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:

¿Existe un vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta Si  No  / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombres completos e identificación)

Fotocopia del documento de identificación	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Certificación bancaria Vigente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fotocopia del contrato	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer el derecho de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de estos datos, mediante escrito dirigido a en el Fondo de Empleados INTEGRIDAD.

### AUTORIZACION DE ENTREGA DE APORTES

Informo que en caso de fallecer siendo asociado de INTEGRIDAD, los saldos a mi favor sean entregados a las siguientes personas, que en caso de ser menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de INTEGRIDAD. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer el derecho de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de estos datos, mediante escrito dirigido a INTEGRIDAD.

Grupo Familiar (nombres y Apellidos)	No. Cédulas de Ciudadanía	Parentesco	Porcentaje

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:



Firma

RESPONSABLE ENTREVISTA

RESPONSABLE GRABACIÓN SISTEMA

NOMBRE	NOMBRE
FECHA	FECHA

### VERIFICACIÓN (para uso exclusivo Oficial de Cumplimiento)

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes.

Fecha y hora: DD / MM / AA HH:MM	Nombre y firma del empleado que realizó la verificación y las consultas:	No. de Consulta:
----------------------------------	--	------------------

Fecha de Actualización en el Sistema: DD / MM / AA HH:MM

Observaciones: