



FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

Fecha de diligenciamiento

Referido por

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN

DD/MM/AA

Cédula
Celular

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres (Completo)		Tipo de Doc.		Número Doc.	Expedida en	Fecha de Expedición
		CC	TI			DD/MM/AA
		CE	PAS			
Ciudad/Municipio de Nacimiento	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento		Estado Civil	Nivel de Estudios	
		DD/MM/AA				
Profesión	Sexo	Correo electrónico personal		Correo electrónico corporativo		
	M F					
Dirección de la Residencia	Ciudad de residencia	Barrio	Estrato		Cabeza de hogar (Si es mujer)	
					SI	NO
Celular Corporativo	Celular Personal					
¿Administra Recursos Públicos?	¿Es usted PEP? (Personas Expuestas Políticamente)		¿Es familiar de una PEP?			
SI NO	SI NO		SI NO			
Posee vivienda propia	Posee Carro Propio	Tiene Hijos	Cuantos	Referencia familiar	Parentesco	Teléfono Celular
SI NO	SI NO	SI NO				
¿Cuenta usted con un familiar afiliado a FESFA?	SI	NO	Si cuenta con un familiar indicar		Nombres	Número de documento

2. INFORMACION DE LA EMPRESA Y SALARIAL

Nombre de la Empresa donde Labora		Cargo		Ciudad		
Departamento	Dirección de la Empresa			Fecha de ingreso a la Empresa		
				DD/MM/AA		
Tipo de Contrato	Salario Básico		Egresos Mensuales	Actividad Económica CIU		
Termino Indefinido	Termino Fijo					
Otros Ingresos	Activos	Pasivos		Patrimonio Neto		
¿Tienes deudas con personas naturales?	SI	NO	VALOR			

3. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera?	¿Cuáles operaciones?				
SI NO					
¿Tiene Cuentas en Moneda Extranjera?					
SI NO					
Número de Cuenta	Banco	Ciudad	Pais	Moneda	

4. CUOTA APORTE MENSUAL

Este valor corresponde a los Aportes y Ahorros permanentes, los cuales no pueden ser inferiores al 3% de su salario o Ingreso mensual y máximo el 10%. Estos se Devuelven en un plazo de 30 días hábiles a partir de la fecha de radicación de la solicitud del retiro como asociado de FESFA.

En mi calidad de Asociado a FESFA – Fondo de Empleados del Sector farmacéutico, autorizo expresamente a mi empleador, se haga efectivo el descuento del valor equivalente al % de mi salario o pensión, como cuota periódica e indefinida de ahorros y aportes con destino al mismo Fondo y demás obligaciones que adquiera a través de Fesfa.

Para Empleados

% \$

5. AUTORIZACIÓN PARA ABONO EN CUENTA PROPIA

Autorizo a FESFA para que abone en forma automática los valores que por cualquier concepto deban ser entregados a mi favor. Así mismo, declaro que FESFA no asume ninguna responsabilidad distinta a la de realizar el abono automático, por lo tanto, no existe otra responsabilidad por el manejo posterior de la respectiva cuenta. Para que dichos abonos sean efectivos, solicito a FESFA registrar en la base de datos correspondientes, la CUENTA PROPIA que poseo y que detallo a continuación.

Cuenta Número	Del Banco	Tipo de Cuenta
		Ahorros Corrientes

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

2. Mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo NO provienen de actividades ilícitas de acuerdo con el código civil colombiano.

3. Los recursos y beneficios que se deriven de mi relación como asociado de Fesfa no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas..

7. BENEFICIARIOS

Asociado Soltero: Padres - asociado casado o unión libre: cónyuge e hijos

***AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO FESFA PARA REGISTRAR LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS**

Número de documento	Tipo de Doc.	Nombre y apellidos Completos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
	RC TI CC		DD/MM/AA		SI NO
Número de documento	Tipo de Doc.	Nombre y apellidos Completos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
	RC TI CC		DD/MM/AA		SI NO
Número de documento	Tipo de Doc.	Nombre y apellidos Completos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
	RC TI CC		DD/MM/AA		SI NO
Número de documento	Tipo de Doc.	Nombre y apellidos Completos	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Depende económicamente
	RC TI CC		DD/MM/AA		SI NO

8. CONDICIONES Y AUTORIZACIONES

CONTRATO DE MANDATO

De manera libre consiente y voluntaria autorizo a FESFA a efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo de la etapa precontractual, contractual y pos contractual respecto de cualquiera de los productos o servicios ofrecidos por el fondo, 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. En este marco FESFA se obliga a informar al ASOCIADO sobre el proveedor y costo de los bienes y servicios por él requeridos, precisando en todo caso que no se podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización del asociado, el cual podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas por el Fondo. FESFA no será responsable por el suministro de los servicios y bienes adquiridos a través suyo, como tampoco lo será por la calidad, idoneidad, prestación y demás aspectos de aquellos. La responsabilidad al respecto será exclusiva del proveedor; y el ASOCIADO será quien determine y escoja los proveedores con los cuales se contratará de acuerdo a los proveedores con los cuales tenga convenio el FESFA.

SOLICITUD DE VINCULACIÓN

Solicito la aprobación de mi vinculación voluntaria al Fondo de Empleados del Sector Farmacéutico "FESFA", en calidad de Asociado, aceptando cumplir los principios de la Economía Solidaria, así como lo determinado por el Estatuto y los Reglamentos vigentes de "FESFA", los cuales declaro que conozco y acepto. Como Asociado de "FESFA", acepto y me comprometo a cumplir las decisiones de los órganos de Administración, Vigilancia y Control de "FESFA"; los deberes consagrados en el Estatuto y a contribuir al desarrollo y prosperidad económica y social de "FESFA". Una vez aceptada mi Vinculación en calidad de Asociado de "FESFA", autorizo la pignoración de mis aportes a favor de "FESFA", con el fin de cubrir las deudas contraídas con esta entidad.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que lo adicionen modifiquen o revoquen como Titular de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y de menores de edad a mi cargo cuando así se requiera, doy mi consentimiento previo, libre, expreso e informado al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO - FESFA - para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FESFA, para que sean tratados, transferidos, cedidos y/o modificados con la finalidad de enviar información, invitación y/o promoción de productos y servicios, otorgamiento de créditos, reporte y consulta ante las centrales de riesgo y emitir los reportes que se exigen por las autoridades legalmente autorizadas de conformidad con la política de datos personales disponible en la página web www.fesfa.co.

Así mismo, comprendo mi derecho de no aceptar recibir mensajes comerciales, salvo aquellos asuntos estrictamente relacionados con el producto o servicio adquirido con FESFA y/o sus filiales, así como elegir un canal de contacto específico para el envío de comunicaciones comerciales y gestión de cobranza de las obligaciones contraídas. Por otra parte, entiendo que puedo solicitar ser contactado en algún horario distinto a los reglamentados en la Ley 2300 de 2023. Por lo anterior, puedo realizar dicha solicitud a través del correo lorena.rojas@fesfa.co. Como titular de la información suministrada, me comprometo a mantener mis datos actualizados y verídicos, con una periodicidad anual, para los efectos pertinentes en las labores administrativas, informativas y demás comunicaciones que competen al objeto social del Presente y sus filiales. De igual manera procederé a actualizar los datos en los periodos que sean requeridos, de acuerdo con las necesidades y/o mejora en los canales, productos y/o servicios recibidos del Presente. Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud a la cuenta de correo lorena.rojas@fesfa.co o mediante correo ordinario remitido a la dirección AV. Calle 100 # 60-04 Of. 619 Bogotá.

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LA CENTRAL DE RIESGOS O BANCO DE DATOS

De manera libre consiente y voluntaria, autorizo de manera expresa e irrevocable a FESFA o a quien represente sus derechos a consultar, solicitar, reportar procesar y divulgar toda la información de mi comportamiento crediticio que se relacione con el nacimiento, ejecución, modificación, liquidación y/o extinción de las obligaciones derivadas de mi relación con FESFA en cualquier tiempo a las centrales de información tales como CIFIN o DATACREDITO, y demás entidades que manejan bases de datos con los mismos fines. Al mismo tiempo declaro que conozco el alcance de esta autorización y que la misma implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado para suministrar información al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados o tengan acceso a dichas centrales tendrán acceso y podrán conocer dicha información de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. En caso en que en el futuro FESFA realice una venta de cartera o una cesión de obligaciones a mi cargo los efectos de esta autorización se extenderán al nuevo propietario o cedente en los mismos términos y condiciones.

También autorizo para que, además de los fines de análisis de riesgo de crédito, utilice la información sobre mí y la que recopile de cualquier fuente; para el desarrollo de estrategias comerciales o campañas publicitarias, a favor de FESFA o un tercero. Así mismo el envío de notificación de forma permanente e irrevocable y mientras existan vínculos comerciales, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, comunicación telefónica y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro FESFA identifique como sitios de localización.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR LIBRANZA Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE ASOCIACIÓN A FESFA

Declaro que en caso que la misma sea aceptada me comprometo a cumplir estrictamente el Estatuto, reglamentos y disposiciones en general de FESFA y autorizo expresamente al pagador de la empresa para quien trabajo a efectuar sobre los ingresos laborales las deducciones para las cuotas de aporte, ahorro, crédito y todos aquellos descuentos reglamentarios que según el Estatuto haya determinado la Asamblea General o la Junta Directiva. De igual manera y en caso de la terminación del contrato de trabajo con el empleador, y existiendo saldos pendientes con FESFA autorizo que estos sean descontados del salario, prestaciones, liquidación, indemnizaciones, bonos de retiro, acuerdos, sumas conciliatorias y demás ingresos derivados de la relación de trabajo que me correspondan. Esta autorización no me releva de la responsabilidad personal y directa de pago que contraigo con FESFA, y en consecuencia me obligo a cancelar personalmente las cuotas a que este obligado, para mantener al día los pagos del crédito que me concedió FESFA, cuando por cualquier motivo no puedan ser descontadas por nómina.

Autorizo a FESFA para cuando presente mi retiro definitivo del Fondo a realizar el cruce de Cuentas entre mis Aportes/Ahorros y mis Deudas, si a ello hubiere lugar.

Certifico que la información que he suministrado en este documento y en los anexos a la vinculación como asociado es veraz y verificable y me obligo a actualizarla cuando se requiera y por lo menos una vez al año. En constancia de haber leído, entendido y aceptado firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

Nota: Anexar copia del Documento de Identidad y último desprendible de nómina

9. PARA USO EXCLUSIVO DE FESFA

Fecha de Recepción del Documento	Quien recibe	Grabado por	Afiliación Aprobada por
NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN		FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
FECHA DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSULTA A LAS LISTAS RESTRICTIVAS		NÚMERO DE ACTA DE JUNTA DIRECTIVA DONDE RATIFICO EL INGRESO DEL ASOCIADO	
OBSERVACIONES			