



**FORMATO DE ASOCIACIÓN**  
**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA**

F-FLZ001

Fecha de solicitud

Tipo de vinculación

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Tipo de identificación	No. Identificación	Lugar de expedición		Fecha de expedición
Nombre y apellidos		Género		Estado civil
Fecha nacimiento	Ciudad de nacimiento	Departamento de nacimiento		Estrato
Dirección		Municipio	Zona	Departamento
Celular personal	Email personal	Email para enviar correspondencia		Ocupación
Nivel educativo	Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional	Grupo étnico		Tipo de vivienda
Actividad económica principal				Código CIU



**FORMATO DE ASOCIACIÓN**  
**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA**

F-FLZ001

VS.08

**INFORMACIÓN LABORAL**

Nombre de la empresa	Fecha de ingreso	Tipo de contrato	Jornada laboral

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Salario	Otros ingresos mensuales	Indique las fuentes de otros ingresos	Gastos mensuales

**INFORMACIÓN CONTACTO**

Nombre	Parentesco	Teléfono	Ciudad

**DATOS FAMILIARES**

Nombre	Identificación		Parentesco	Fecha de nacimiento	Nivel educativo	Teléfono móvil
	Tipo	N° Documento				

**AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIONES DE AHORROSY APORTES**

Aporte Ordinario y Ahorro Permanente (Indicar el valor en porcentaje % Mínimo 3%, máximo 10% de su salario básico mensual (        %))



**FORMATO DE ASOCIACIÓN**  
**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA**

F-FLZ001

VS.08

**AUTORIZACIÓN REPORTE A CENTRALES DE RIESGO**

Expresamente autorizo a FONALIANZA para que exclusivamente con fines de:

1. Información financiera reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de bases de datos o a cualquier entidad vigilada por las Superintendencias relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, los saldos a mi cargo y manejo de crédito, que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorgue en el futuro.
2. Comerciales, utilice los datos personales que suministro.
3. Autorizo recibir información, notificaciones o requerimientos (Voz, Texto, WhatsApp y Correo Electrónico) y ser contactado en cualquier momento para brindarme información pertinente de FONALIANZA.
4. Así mismo, autorizo a FONALIANZA a solicitar a mi empleador (actual y/o futuro) mi información laboral incluyendo, pero sin limitarse a: Salario, Primas, Primas extralegales, Deducciones, Bonificaciones, etc.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Declaro.

**ORIGEN DE FONDOS:** Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 006 de marzo de 2014 de la Superintendencia de la Economía Solidaria, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a FONALIANZA de la siguiente información:

- a. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Declaro que el origen de mis recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas.
- b. Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- c. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o favor de personas relacionadas con las misma.
- d. Autorizo cancelar los servicios que mantenga con FONALIANZA, en caso de omisión o incumplimiento de cualquiera de los numerales de este documento, así como por la información errónea.

**ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN:** Que la información por mi suministrada es veraz, completa y exacta y me obligo a suministrar y actualizar todos los datos como mínimo (una vez por año) y documentos que FONALIANZA me solicite para corroborar información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento del asociado. En el evento de incumplir la información aquí establecida, autorizo especialmente a FONALIANZA a rechazar la apertura u otorgamiento de nuevos productos financieros, de ahorro y convenio a bloquear los que a mi nombre se encuentren vigentes hasta tanto confirme la información proporcionada en este formulario.



## FORMATO DE ASOCIACIÓN FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA

F-FLZ001

VS.08

### AUTORIZACIONES Y DESCUENTOS POR NÓMINA

Autorizo a la Empresa para la cual laboro, para descontar de mi ingreso quincenal y/o mensual, el valor de la cuota de admisión a FONALIANZA, cuotas de a porte inicial, aportes ordinarios y ahorro permanente, ahorros, créditos, convenios y otros con el mismo fondo.

Autorizo a FONALIANZA, en caso de mi retiro del Fondo de empleados, para que automáticamente abone al saldo de mi obligación la totalidad de mis aportes y Ahorros.

Autorizo a mi empleador o pagador de mi nómina para el cual presto mis servicios, independiente del tipo de la forma de contratación, para que deduzca de mi sueldo y prestaciones sociales, y pague al Fondo de Empleados FONALIANZA, el valor de mis obligaciones, aportes ordinarios y extraordinarios, créditos y convenios adquiridos, al momento de mi desvinculación o retiro de la empresa.

Una vez aceptada mi asociación al Fondo de Empleados, declaro que me someto y acepto el contenido del Estatuto y Reglamentos del mismo.

Autorizo a Fonalianza para que me contacte por cualquiera de los canales de comunicación que utiliza, para el envío de mensajes publicitarios o gestión de cobro.

### CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, como asociado del Fondo de Empleados FONALIANZA y CLAUDIA MONICA ARIAS DAVILA, identificada con la cédula de ciudadanía 30.321.363, expedida en Manizales, Caldas, en su calidad de Representante Legal de FONALIANZA, con NIT: 900.486.036-5, hemos celebrado el siguiente Contrato de Mandato, el cual se regirá de acuerdo con los lineamientos generales aquí contemplados y por la legislación aplicable, de acuerdo a las siguientes cláusulas:

Primera: El Asociado, quién en este contrato se denominará el Mandante, le confiere a FONALIANZA quién se denominará el Mandatario, para que en nombre del primero (mandato con representación) o en el de este (Mandato sin representación) ejecute los actos de comercio que se definen a continuación.

Segunda: El Mandatario se obligará a adquirir directamente y a su nombre, para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedor legalmente reconocidos, bienes y servicios, que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar, siempre que 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.

Tercera: El Mandatario se obliga a entregar al Mandante una Orden de Compra o documento equivalente debidamente autorizado en el que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos por el Mandante.

Cuarta: El Mandatario no podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización de descuentos y/o solicitud de crédito del Mandante.

Quinta: Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el Mandatario se prestarán en forma Gratuita. El mandante o asociado será responsable del pago de todas aquellas erogaciones o valores adicionales en los que se incurra por la compra o gestión realizada con el contrato de mandato.

Sexta: El Mandante, podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas con el Mandatario, y siempre atendiendo aquellas que el Mandante considere más favorables para él.

Para todos los efectos de ley, el presente documento se equiparará como una libranza



## FORMATO DE ASOCIACIÓN FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA

F-FLZ001

VS.08

## PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

**FONALIANZA** en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes, es responsable del tratamiento de sus datos personales.

Los datos personales que **FONALIANZA** solicita serán utilizados para los siguientes fines:

- Verificar y validar la información suministrada por los titulares, bajo los medios legales que se dispongan.
- Registro de información de proveedores y contratistas.
- Realizar el envío de campañas publicitarias y ofertas a través de diversos canales de comunicación, incluyendo SMS.
- Envío de información relacionada con la relación contractual, comercial y obligacional que tenga lugar entre FONALIANZA y los titulares de datos.
- Acceder, consultar, comparar y evaluar toda la información que sobre los titulares se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera.
- Generación de certificaciones en general y respuesta a los requerimientos legales de entidades administrativas y judiciales.
- Ejecutar aquellas finalidades que se deriven de la naturaleza jurídica de FONALIANZA en el proceso de obtención de datos para su tratamiento y, en todo caso, de acuerdo con la ley.

Como titular de información tiene derecho a: Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales; solicitar prueba de la autorización otorgada salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento; ser informado, previa solicitud, respecto del uso que le darán a sus datos personales; consultar sus datos personales y hacer reclamos para salvaguardar su derecho a la protección de sus datos personales; revocar la autorización y/o solicitar la supresión en los casos que sea procedente; acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Si desea presentar una consulta, reclamo o petición de información relacionada con la protección de datos personales puede realizarlo a través del correo electrónico dispuesto [contacto@fonalianza.co](mailto:contacto@fonalianza.co)

## AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS DE BENEFICIARIOS

Autorizo el tratamiento de datos de mis beneficiarios registrados

SI



NO





## FORMATO DE ASOCIACIÓN FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA

F-FLZ001

VS.08

### OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera	<input type="checkbox"/>	Descripción de la operación en moneda extranjera:	
--	--------------------------	---	--

### RESIDENCIA FISCAL – CRS / FATCA

¿Es usted residente fiscal de cualquier otro país distinto a Colombia, para fines fiscales?

SI

NO

Si respondió afirmativamente, indique estos otros países:

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Indique su número de identificación tributaria en cada país en el mismo orden del punto anterior

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\*\*Con el diligenciamiento de esta sección estoy suscribiendo una autocertificación en términos de las resoluciones 078 de 2020 (CRS) y 060 de 2015 (FATCA).

**TRANSPARENCIA TRIBUTARIA (FATCA / CRS):** EL ASOCIADO declara que la información que ha suministrado es cierta y exacta. Adicionalmente, declara que ha sido informado por parte del **Fondo de Empleados Fonalianza** que cualquier falta a la verdad o inexactitud en la información suministrada constituye una causal objetiva para la terminación unilateral de este contrato. Así mismo, EL ASOCIADO declara que ha sido informado por parte de **Fondo de Empleados Fonalianza** de la suscripción u obligación de reportes de los acuerdos de intercambio de información, bajo los términos de la Ley FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) y de CRS (Common Reporting Standard) de la OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico). En consecuencia, EL ASOCIADO autoriza para que, en cumplimiento de dichos acuerdos, se reporte a la autoridad competente su información financiera y transaccional cuando se determine su calidad U.S Person al Gobierno de los EE.UU, Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS) o al ente fiscal en cualquier país diferente a Colombia o a cualquier entidad gubernamental designada para la consolidación de esta información a través del mecanismo establecido para tal efecto. Lo anterior, con el fin de garantizar que se pueda identificar y aplicar los correspondientes tributos fiscales. Adicionalmente, EL ASOCIADO se compromete a informar inmediatamente a **Fondo de Empleados Fonalianza** cualquier cambio de circunstancias en su información, que puedan afectar su calificación o la de sus productos como reportables en cumplimiento de los acuerdos de intercambio de información tributaria mencionados.

**ACTUALIZACION DE INFORMACION - EI ASOCIADO** se obliga a partir de la fecha de su vinculación, a actualizar anualmente la información por él suministrada al momento de la asociación, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, sus adiciones o modificaciones.



**FORMATO DE ASOCIACIÓN**  
**FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA**

F-FLZ001

VS.08

## DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE PEPS

“Son aquellas personas que por su cargo manejen recursos público o tengan poder de disposición sobre éstos, se les haya confiado una función pública prominente en una organización internacional o del Estado, o gocen de reconocimiento público”

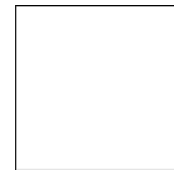
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

### FIRMA DEL ASOCIADO

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el contenido del formato de asociación, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes. La siguiente firma se entiende extendida para todas las manifestaciones y declaraciones dadas en el presente formulario.

Firma del Asociado \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_



Huella

## CAMPO EXCLUSIVO PARA DILIGENCIAMIENTO Y USO DE FONALIANZA



### QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN (EXCLUSIVO FONALIANZA)

Nombre: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_