FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - "FECOT"
NIT . 815.004.942-8

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

VINCULACIÓN ◯ ACTUALIZACIÓN ◯

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO D D M M A A A A

EMPRESA	DEPENDENCIA	CÓDIGO EMPLEADO	CIUDAD

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN T.I. ◯ C.C. ◯ C.E. ◯ PAS ◯ OTRO ◯ No. DE	FECHA DE EXPEDICIÓN D D M M A A A A

LUGAR DE EXPEDICIÓN/CIUDAD	DEPARTAMENTO	FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A	LUGAR DE NACIMIENTO/CIUDAD	DEPARTAMENTO	NACIONALIDAD	SEXO M ◯ F ◯

ESTADO CIVIL CASADO ◯ SOLTERO ◯ VIUDO ◯ UNIÓN LIBRE ◯ SEPARADO ◯ DIVORCIADO ◯ OTROS ◯	DIRECCIÓN DOMICILIO	BARRIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO

TELÉFONO CASA	CELULAR	E-MAIL PERSONAL	ESTRATO	NOMBRE EPS	NOMBRE ARL

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	DEPARTAMENTO

TELÉFONO OFICINA	E-MAIL CORPORATIVO	FECHA DE INGRESO LABORAL D D M M A A A A	CARGO EN SU EMPRESA

OCUPACIÓN U OFICIO	SUELDO BÁSICO $	TIENE OTROS INGRESOS $	POSEE VEHÍCULO SI ◯ NO ◯	POSEE BIENES RAÍCES SI ◯ NO ◯

CUENTA No. CORRIENTE ◯ AHORROS ◯	ENTIDAD FINANCIERA	TIENE ALGUNA DEUDA: SECTOR SOLIDARIO ◯ SECTOR FINANCIERO ◯ CAJA COMPENSACIÓN ◯ OTROS ◯

TIENE ESTUDIOS: PRIMARIA ◯ BACHILLER ◯ TECNOLÓGICO ◯ UNIVERSITARIOS ◯ ESPECIALIZACIÓN ◯ MAESTRÍA ◯ DOCTORADO ◯ POSDOCTORADO ◯ OTROS ◯

APELLIDOS Y NOMBRES DEL CÓNYUGE	C.C.	TELÉFONO FIJO	CELULAR

E-MAIL	Mujer/ hombre cabeza de familia SI ◯ No ◯

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A: (NOMBRE)	TELÉFONO	PARENTESCO	REFERENCIA FAMILIAR: (NOMBRE)	TELÉFONO	PARENTESCO

DECLARACIONES DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE	¿Ud. desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos 24 meses cargos o actividades en los cuales?:	¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos? SI ◯ NO ◯	¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI ◯ NO ◯	¿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 1674 de 2016? SI ◯ NO ◯	¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? SI ◯ NO ◯

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

Ingresos mensuales $ _____

Egresos mensuales $ _____

Otros ingresos mensuales $ _____

Concepto de otros Ing. mensuales _____

Activos $ _____

Pasivos $ _____

ACTIVO - PASIVO = PATRIMONIO $ _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Posee cuentas en moneda extranjera SI ◯ NO ◯	Banco	Ciudad	País	Moneda	Nro. cuenta

BENEFICIARIOS

REGISTRO SOCIAL: Inscriba a sus padres y cónyuge sin límite de edad, y a sus hijos hasta 25 años

NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	OCUPACIÓN	DEPENDEN DE USTED		PARENTESCO	ESCOLARIDAD	EDAD
			SI	NO			
			SI	NO			
			SI	NO			
			SI	NO			
			SI	NO			

En caso de mi fallecimiento autorizo a FECOT para que el valor de mis ahorros y aportes sean entregados a los siguientes beneficiarios:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TELÉFONO	DOCUMENTO	%

VALORES A DESCONTAR DE MI SUELDO

APORTE FIJO MENSUAL (Elija una Opción)

◯ 2% ◯ 3% ◯ 4% ◯ 5% ◯ 6% ◯ 7% ◯ 8% ◯ 9% ◯ 10%

Observaciones: _____

AHORRO VOLUNTARIO PROGRAMADO? ☐ SI ☐ NO

MONTO AHORRO $ _____

Residencia fiscal y tributación en EEUU: ☐ SI ☐ NO

Otros países ¿cual?: _____

No. Id Tributaria _____

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA SOLIDARIA DE COLOMBIA

G-AUTORIZACION PARA CONSULTAR Y REPORTAR A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT para que exclusivamente, con fines estadísticos de control, supervisión y de información interbancaria, reporte a la central de información de la asociación bancaria de entidades financiera de y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos propósitos, el nacimiento, modificación extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o que se lleguen a contraer fruto de contratos financieros del FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT en especial el manejo de contratos de cuentas de ahorro, certificados a termino y demás operaciones de crédito, la presente autorización comprende además el reporte de información referente a la existencia de deudas vencidas y sin cancelar y/o autorización indebida de los servicios financieros por un termino no mayor al momento en el cual se extingue la obligación y en todo caso durante el tiempo de mora, el retardo o el incumplimiento. No solo faculto a FECOT a reportar, procesar y divulgar a la central de información bancaria de Colombia, encargada del manejo de los datos comerciales, personales y económicos, así como solicitar información sobre mis relaciones comerciales con el sistema financieros y cualquier de ellas y que los datos sobre mi reportados sean procesados para el logro del propósito de la(s) central(es) y sean circularizadas con fines comerciales, de conformidad con ello(s) reglamento(s) vigente(s) de la(s) misma(s)

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice

H-AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca al FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT, identificado con el NIT 815.004.942-8, para

tratar mis datos personales, con la finalidad de desarrollar su objeto social y el vinculo de asociación, contratación ejecución y comercialización de los bienes y servicios.

Que FECOT como empresa responsable del manejo de mis datos personales recolectados, ha manifestado que cualquier cambio o rectificación de la información debo comunicarme al correo electrónico fecot@triada-ema.com o acércame a la oficina ubicada en el municipio de Yumbo-Valle, para atender los requerimientos con su tratamiento y el ejercicio de los derechos establecidos en la constitución y la Ley

Por lo anterior mis datos personales serán utilizados par:

1- El desarrollo social del Fondo de FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT con fines asociativos, estatutarios, sociales contractuales, comerciales, de atención al asociado, servicios complementarios, culturales y ambientales.
2- Utilizar mis datos que reposen en operadores de bancos de datos de información financiera de que trata la Ley 1266 de 2008 de HABEAS DATA o las normas que la modifiquen o sustituyan y proporcionar mi información a los mismos.
3- Realizar invitaciones a eventos, informar sobre las mejoras de productos y servicios o cambios en los mismos y todas aquellas actividades asociadas a la relación asociativa, comercial o vinculo existente con FECOT, o aquel que llegare a tener.
4- La realización de análisis de riesgo y cobranza
5- Acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier entidad privada o publica como entre otros, los Ministerios, los Departamentos Administrativos, Las Superintendencias, la DIAN, la fiscalía, los Juzgados, tribunales y Altas Cortes.
6- Consultar a cualquier entidad promotora de salud EPS para que al momento del suceso de mi muerte, pueda solicitar información sobre mi estado de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a FECOT copia de toda la información que sea requerida.
7- Con plenas facultades otorgo mi consentimiento al Fondo de Empleados de FECOT para tratar mi información personal, de acuerdo con su política de tratamiento de datos personal, y por tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en su oficina. De igual forma lo autorizo a modificar o actualizar su contenido, a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o producto, dando aviso previo por medio establecido por el FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT.
8- La información suministrada en el formato de actualización de datos suministrado forma parte de la presente autorización y la he suministrado de forma voluntaria y es verídica, así mismo reconozco que los datos que he suministrado en la solicitud son ciertos y que no ha sido omitida o alterada ninguna información,

9- Esta autorización es vigente a partir de la firma de este documento y solo podrá ser modificada a través del diligenciamiento de un nuevo formato de actualización de datos.

10- Así mismo autorizo al FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT, para enviarme correo electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio con el de suministrarme información respecto a los servicios, beneficios o información general del Fondo de Empleados.

I-DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES ILICITAS

1- Declaro que los recursos o bienes descritos en el formato de SOLICITUD DE INGRESO a FECOT proviene de actividades licitas, de conformidad con la normatividad Colombiana

2- Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas del Fondo, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; no efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

3- Que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de actividades licitas

4- Que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional p bloqueado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.

5- Que en mi contra no se adelanta ningún proceso en instancias nacionales e internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.

6- Autorizo a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con FECOT o cualquiera de sus capítulos en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.

7- Los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes (Detallar origen: Ocupación, profesión, negocio, actividad, etc)_____

8- Autorizo a FECOT, a grabar en cintas magnéticas o en cualquier otro medio de almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones realizadas por mi y los funcionarios o empleados de FECOT, de acuerdo al Decreto 2555 de 2010, de la Superintendencia Financiera de Colombia. Se entiende que la información obtenida es de carácter reservado, pudiendo ser utilizada por FECOT con fines probatorios, absteniéndose de realizar divulgaciones ilícitas o fraudulentas de las mismas o darle a conocer a terceros con fines diferentes a los previstos y expresos con el consentimiento del asociado.

J-COMPROMISO DE PAGO DE CAJA

Me comprometo a pagar por caja o consignación en la cuenta asignada por FECOT los aportes y obligaciones adquiridas con EL FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT, siempre y cuando no se realice el descuento por nomina.

K-AUTORIZACION DE NOTIFICACIONES

Autorizo ser notificado por cualquier medio disponible, sea este correo electronico ,mensaje de texto, llamada a celular o correspondencia física

Como constancia de haber leido y aceptado todo lo anterior, declaro que la informacion que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento

Firma del Solicitante

C.C. _____

Huella

20 Años fecot Tu aliado como asociado

L-AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo_____identificado con cédula de ciudadania No._____

expedida en _____autorizo a (empresa donde labora) _____para que deduzca

de mi salario mensual los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor de FECOT:

1, Aportes que no podrán exceder el 10% del salario básico % de Aporte ☐ Valor_____

2. Fondo de Bienestar

3. Ahorro voluntarios si los hubiera

4, Y demás obligaciones que adquiera a través de FECOT.

Igualmente autorizo descotar del salario, liquidación de prestaciones sociales, vacaciones, bonificaciones, honorarios, comisiones, indemnizaciones que se causen a favor como empelado 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 articulo 59 numeral 1 y 14 inciso 1 del Código Sustantivo de Trabajo.

Nota: la firma de este documento se entenderá con valor jurídico para solicitud integral de ingreso como asociado y autorización de de deducción por nomina.

_____
Firma del Asociado

Huella

M-CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____, expedida en _____, como asociado del FONDO DE EMPLEADOS COSMOAGRO TRIADA - FECOT y _____, identificado con la cédula de ciudadanía No._____, expedida en_____ , en su calidad de Representante Legal de FECOT, con NIT_____, 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 _____, quien es este contrato se denominara el Mandante, le confiere a FECOT quien se denominara 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 titulo, como proveedor legalmente reconocidos, bienes y servicios, que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar, siempre que se desarrollen de conformidad con el marco legal de la 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 debidamente autorizada en la 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 del Mandante.

Quinta. Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el Mandatario se prestaran en forma gratuita, y solo se trasladaran al Mandante aquellos valor diferentes que se tengan que cubrir con ocasión de circunstancias especiales creadas por éste.

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 mas favorables para mí.

Se Firma en _____a los _____días del mes de _____ del año_____

_____
Firma del Asociado
C.C. No.

_____
Firma Representante Legal FECOT
C.C. No.

Para efectos de Ley, el presente documento se equiparará como una libranza

USO EXCLUSIVO DE FECOT PARA ESTUDIO Y APROBACION

Con la firma certifico haber realizado la entrevista presencial con el asociado, confirmado los datos con el asociado el día ___ Mes_____ Año_____ Hora_____

Observaciones y Recomendaciones

Nombre de quien efectuo la entrevista_____No. Identificacion_____ y Cargo _____

_____
Firma del Funcionario de FECOT

Estudio de Solicitud	No. Acta	Fecha del Acta	Firma Miembro de Junta Directiva	Firma Miembro de Junta Directiva	Firma Miembro de Junta Directiva
Aprobada ☐		D M A			
Negada ☐					