



“FEDIMEL”

Personería Jurídica No. 1042 del 2 de mayo de 1994

Nit. 800.239.588-8

FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL

FECHA DILIGENCIAMIENTO DÍA MES AÑO AFILIACIÓN ACTUALIZACIÓN

1. INFORMACIÓN PERSONAL

| | | | |
|--|---|---------------|--|
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
| TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> N.º | FECHA DE EXPEDICIÓN <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | | |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | NACIONALIDAD | | SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | LUGAR DE NACIMIENTO | | |
| ESTADO CIVIL | PERSONAS A CARGO | N.º DE HIJOS | |
| NIVEL DE ESTUDIOS <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? | | | |
| PROFESIÓN | ¿HA REALIZADO CURSOS DE COOPERATIVISMO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA | BARRIO | ESTRATO | TELÉFONO |
| CELULAR | CIUDAD | DEPTO. | E-MAIL |

2. REFERENCIAS

| Nombres y apellidos | Dirección | Ciudad | Teléfono | Celular | Asociado ¿FEDIMEL? |
|---------------------|-----------|--------|----------|---------|---|
| Personal | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| Cónyuge | | | | | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |

3. INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN EMPLEADO FUNCIONARIO PENSIONADO OTRO

NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA:

| | | |
|--|------------------|-------------------------|
| FECHA DE INGRESO <input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | TIPO DE CONTRATO | ACTIVIDAD ECONÓMICA CIU |
| CARGO | DIRECCIÓN | CIUDAD |
| DEPTO. | TELÉFONO | |

DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA: Domicilio Oficina Correo electrónico Otra

4. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

¿Por su cargo maneja recursos públicos? SI NO ¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público? SI NO

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta SI NO

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA Realiza operaciones en moneda extranjera SI NO Posee cuentas en moneda extranjera SI NO No. de cuenta _____
 Cuales? _____ Banco _____ Moneda _____ Ciudad _____ País _____

5. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

INFORMACIÓN FINANCIERA AL DÍA MES AÑO

| | | | | | |
|--------------------|-------------------|----------|------------------|------------------|----------|
| INGRESOS MENSUALES | Sueldo o pensión | \$ _____ | ACTIVOS | Inmuebles | \$ _____ |
| | Honorarios | \$ _____ | | Vehículos | \$ _____ |
| | Otros | \$ _____ | | Otros | \$ _____ |
| | Egresos mensuales | \$ _____ | | Pasivos (Deudas) | \$ _____ |
| Total activo | | \$ _____ | Total patrimonio | | \$ _____ |

Detalle de los ingresos: _____

TIPO CUENTA CORRIENTE AHORROS No. de cuenta _____ Banco _____ Declara renta SÍ NO

TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ARRENDADA FAMILIAR

V/R. COMERCIAL \$ _____ HIPOTECA SÍ NO A FAVOR DE _____

POSEE VEHÍCULO SÍ NO MARCA _____ MODELO _____ PLACA _____ TIPO _____

PRENDA SÍ NO A FAVOR DE _____ V/R. COMERCIAL \$ _____

6. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

| | | | | |
|--|------------------|-----------------------------|--------|--------|
| ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Tipo de producto | Identificación del producto | Monto | Moneda |
| Número del producto | Entidad | País | Ciudad | |

Declaro que realizo transacciones en moneda extranjera: SI NO Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias Otros

7. GRUPO FAMILIAR

| TIPO DOC. | N.º IDENTIFICACIÓN | NOMBRES COMPLETOS | EDAD | PARENTESCO | % BENEFICIARIO |
|-----------|--------------------|-------------------|------|------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

8. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa e irrevocable al Fondo de Empleados del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para consultar, procesar, reportar, suministrar, ratificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como asociado, a la Central de Información Financiera CIFIN o a cualquier otra central de información autorizada por la ley. Autorizo de manera expresa e irrevocable, para verificar la información contenida en el presente documento y las solicitudes de crédito que presente a FEDIMEL. Así mismo, declaro que la información contenida en este documento no podrá ser utilizada por terceros en calidad de publicidad o cualquier clase de actividad comercial diferente a las contratadas por servicios con FEDIMEL.

9. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS

AUTORIZO de manera expresa, concreta, suficiente, voluntaria, consentida, informada e irrevocable a FEDIMEL a quien se le subroguen sus derechos, a quien represente los derechos de FEDIMEL, a quien este contrate para el ejercicio de los mismos o a quien este ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, así mismo, a los terceros con quien FEDIMEL o esas entidades establezcan alianzas comerciales, para que consulte, solicite, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, use, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, almacene, actualice y envíe mis datos que he suministrado y que se incorporan en las distintas bases de datos. El alcance de la autorización de tratamiento de datos comprende la autorización para que FEDIMEL me envíe mensajes con contenidos institucionales, informativos, publicidad, notificaciones, información del estado de mi cuenta, saldos, cuotas pendientes de pago y demás información a través de correo electrónico y/o mensajes de texto al teléfono entre otros mecanismos electrónicos. Esta autorización la realizo también en mi calidad de representante o tutor de mis familiares menores, para que los datos incluidos en este documento y/o demás formularios que se deban diligenciar como asociado de FEDIMEL, sean incorporados a una base de datos bajo la responsabilidad de FEDIMEL, así como las fotografías y videos tomados en las oficinas, eventos y campañas de FEDIMEL. Así mismo, declaro que conozco mis derechos sobre la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de mis datos personales incluidos en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, los cuales podré ejercitar a través del siguiente canal: correo físico enviado a: Avenida Jiménez No. 8 - 49 Of. 704 Edif. Suramericana - Bogotá, D.C. en la ciudad de Bogotá D.C., dirigido a la gerencia de FEDIMEL, o mediante correo electrónico remitido al siguiente correo: fondo_fedimel@yahoo.com, o mediante mensaje remitido a través del buzón de Sugerencias, Quejas, Reclamos y Felicitaciones, disponible en la sección contáctenos de la página web: www.fedimel.com.co. Dejo constancia de que he sido informado acerca de la existencia del aviso de privacidad y la política de tratamiento de datos de FEDIMEL disponibles en las oficinas de FEDIMEL o en la página web: www.fedimel.com.co.

En señal de conocimiento, aceptación, autorizo a FEDIMEL para que almacene y use en caso necesario los datos personales de mi grupo familiar, beneficiarios en fondos mutuales y ahorros.

10. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a (nombre del Fondo), con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

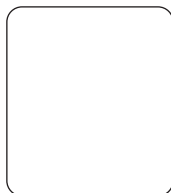
1. Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a (nombre del Fondo), de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a (nombre del Fondo), para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en (nombre del Fondo) tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.

11. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR NÓMINA

Autorizo al pagador de la Entidad en la que presto mis servicios y/o soy pensionado, para que descuente el _____% (mínimo el 5% y máximo el 10%), sobre mi sueldo para ahorros y aportes con destino a FEDIMEL.

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE:
C.C.



Huella índice derecho

FIRMA DEL PAGADOR

12. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA

FECHA DE LA ENTREVISTA DÍA MES AÑO HORA

RESULTADO: Aprobado Rechazado

FIRMA

OBSERVACIONES

13. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FECHA DE VERIFICACIÓN

DÍA MES AÑO HORA

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN VERIFICA

FIRMA

OBSERVACIONES

Se realizaron las consultas y validaciones en la Lista ONU y la Lista OFAC, SI NO fecha de verificación y persona responsable de la consulta.

Fecha de verificación DÍA MES AÑO Persona responsable de la consulta _____

14. PARA USO EXCLUSIVO DE FEDIMEL

Fecha de aprobación de ingreso

Registro en Acta N.º

Funcionario que confirma la información

Fecha aplicado en sistemas

DOCUMENTOS ANEXOS: fotocopia ampliada de la cédula

Certificación laboral

Desprendible de pago