



NIT: 860.522.320-2  
Personería Jurídica N° 1732  
del 9 de Octubre de 1984

# FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE ASOCIADOS

☐ VINCULACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN ☐ REAFILIACIÓN

Versión 2  
Fecha: 29/06/2021

Fecha diligenciamiento

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| Día | Mes | Año |
|-----|-----|-----|

## INFORMACIÓN BÁSICA

|                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                          |  |                                                                                  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombres                                                                 |  | Primer apellido                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Segundo apellido         |  | Genero                                                                           |  |
|                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                          |  | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> |  |
| Tipo de identificación                                                  |  | C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                  |  | Número de identificación |  | Fecha de expedición                                                              |  |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? |  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                          |  | Día Mes Año                                                                      |  |
| Lugar de Nacimiento                                                     |  | Fecha de Nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Departamento Nacimiento  |  | Ciudad expedición                                                                |  |
|                                                                         |  | DD MM AA                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                          |  | Factor RH                                                                        |  |
| Dirección Domicilio                                                     |  | Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                             |  | Estrato                  |  | Correo electrónico                                                               |  |
| Barrio                                                                  |  | Ciudad/Depto                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Teléfono celular         |  | Teléfono residencia                                                              |  |
| Estado civil                                                            |  | Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> U. libre(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Mujer Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> |  |                          |  | Número de Hijos                                                                  |  |

## INFORMACIÓN ACADÉMICA

|                   |                                                                                                                                                                                                                           |                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nivel Escolaridad | Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Sin educación <input type="checkbox"/> | Título obtenido |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|

## INFORMACIÓN LABORAL

|                               |  |                                                                                                  |  |               |  |                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Empresa donde labora          |  | Tipo de empresa                                                                                  |  | Ocupación     |  | Profesión /Cargo                                                                                                                           |  |
|                               |  | Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> |  |               |  |                                                                                                                                            |  |
| Fecha de ingreso a la empresa |  | Dependencia o sucursal                                                                           |  | Tipo contrato |  | Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Practicante <input type="checkbox"/> Hora Labor <input type="checkbox"/> |  |
|                               |  | DD MM AA                                                                                         |  |               |  |                                                                                                                                            |  |
| Departamento                  |  | Municipio                                                                                        |  | Ciudad        |  | Teléfono                                                                                                                                   |  |
|                               |  |                                                                                                  |  |               |  | Dirección de la empresa                                                                                                                    |  |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

|                                                                                                                                       |  |                                                                                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Ingresos Mensuales                                                                                                                    |  | Total Egresos Mensuales                                                                                    |  |
| Ingresos mensuales derivado de la actividad principal                                                                                 |  | (Gastos Familiares y Arriendos, Cuotas Bancos y otras obligaciones)                                        |  |
| Otros ingresos                                                                                                                        |  | TOTAL ACTIVOS                                                                                              |  |
| TOTAL INGRESOS                                                                                                                        |  | TOTAL PASIVOS                                                                                              |  |
| Detalle otros ingresos                                                                                                                |  | CIUU                                                                                                       |  |
| Vivienda                                                                                                                              |  | Declarante de Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Actividad económica principal: |  |
| Propia <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> |  | Prenda? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros Bienes:                              |  |
| Vehículo                                                                                                                              |  |                                                                                                            |  |
| Carro <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Placa:                                                                   |  |                                                                                                            |  |

## Conocimiento de Personas Expuestas Públicamente PEP'S

|                                                                                                                             |  |                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| Diligencie la siguiente información si usted o algunos de sus terceros* son considerados Personas Expuestas Públicamente    |  |                                                         |  |
| ¿Por su cargo o actividad manejan recursos públicos?                                                                        |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?                                                              |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Por su actividad y/o oficio, goza de reconocimiento público en general ?                                                   |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Tiene algún tercero que cumpla con las características anteriores? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | Nombre Completo (Tercero)                               |  |
|                                                                                                                             |  | Tipo y Número de ID. (Tercero)                          |  |

\*Tercero: Familiares (Hasta segundo grado de consanguinidad/afinidad y primero civil) Consanguinidad: padres, hijos, nietos, hermanos - Afinidad: cónyuge, suegros, hijastros, cuñados, abuelos - Primero civil: conyugue/pareja

## Operaciones en Moneda Extranjera

|                                                         |                                                                                        |  |                                                         |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|
| ¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera?              | Tipo de Operación en Moneda Extranjera                                                 |  | Posee Cuentas en Moneda Extranjera                      |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Importación <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál? |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

## Grupo Familiar

Favor llenar los espacios de manera completa, al igual que el porcentaje que le otorgará a los beneficiarios para la entrega de aportes en caso de fallecimiento.

|            |                 |           |                     |    |      |                |                      |
|------------|-----------------|-----------|---------------------|----|------|----------------|----------------------|
| Parentesco | Nombre completo | Apellidos | Fecha de nacimiento |    |      | Identificación | % AUTORIZADO Aportes |
|            |                 |           | DD                  | MM | AAAA |                |                      |
|            |                 |           |                     |    |      |                |                      |
|            |                 |           |                     |    |      |                |                      |

## Referencias Personales

|                                                                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|
| Parentesco                                                                          | Nombre completo | Apellidos                                                                                                                                                                                                                                                    | Teléfono | Dirección                     |
|                                                                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                               |
|                                                                                     |                 |                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                               |
| Indique el porcentaje de su sueldo básico que está dispuesto a ahorrar mensualmente |                 | 2% <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 9% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> |          | CUOTA DE APORTES MENSUALES \$ |

## Autorizaciones y Declaraciones

Para dar cumplimiento a lo dispuesto por la Circular Básica Jurídica de 2020 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás normas concordantes y aplicables, libre y voluntariamente declaro que:

- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable, y me obligo a confirmar los datos suministrados y anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos el FONDO DE EMPLEADOS PARA EL GRUPO IGA SIGLA FONGIGA. El incumplimiento de esta obligación faculta al FONDO DE EMPLEADOS PARA EL GRUPO IGA SIGLA FONGIGA, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato que exista con el mismo, unilateralmente y sin sanción alguna para el FONDO DE EMPLEADOS PARA EL GRUPO IGA SIGLA FONGIGA.
- Autorizo a FONGIGA y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con FONGIGA para que reporte a las centrales de información financiera y crediticia que operan en Colombia, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de la(s) obligación(es) contraída(s) con FONGIGA, con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la Ley 1266 de 2008) y de información comercial. La presente autorización incluye la posibilidad de ser consultado en las centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a FONGIGA tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido. Adicionalmente, autorizo a FONGIGA para solicitar, consultar y obtener mi información financiera, datos de seguridad social y parafiscales y/o datos personales que se encuentren en centrales u operadores de información o cualquier entidad autorizada para tratar mis datos, con el fin de que FONGIGA evalúe mi solicitud de crédito, actualice mis datos o realice mi perfilamiento como asociado, usuario o asociado potencial, teniendo en cuenta mi comportamiento financiero, comercial, pagos al sistema de seguridad social y parafiscales y/o de servicios que haya adquirido. Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de la obligación que me asiste de actualizar anualmente mis datos personales. La presente autorización estará vigente mientras no la revoque mediante comunicación escrita dirigida a FONGIGA.
- Manifiesto que la procedencia de los recursos con los que efectúo el (los) pagos, abonos, consignaciones o cualquier tipo de transacción objetos de la presente solicitud, son de origen lícito y corresponden a los registrados y reportados a FONGIGA, adicionalmente bajo la gravedad de juramento y de conformidad con lo establecido con el estatuto orgánico del sistema financiero (decreto 663 de 1993), ley 90 de 1995, la circular básica jurídica de la superintendencia de la economía solidaria y las demás normas legales concordantes sobre prevención de lavado de activos, declaro que los recursos que hagan con ocasión de la presente solicitud son bien habidos y adquiridos por medios lícitos y fueron adquiridos con recursos que no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré y me cercioraré que terceros no efectúen depósitos o abonos en mis productos con recursos provenientes del lavado de activos o actividades ilegales, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con asuntos de esta naturaleza. Que mi nombre no está incluido en la oficina de control de activos en el exterior (OFAC), o en cualquier lista de similar naturaleza, o en alguna de carácter nacional y/o internacional; en las que se publiquen los datos de las personas a quienes se les haya iniciado proceso judicial, actuación administrativa o que hayan sido sancionadas y/o condenadas por las autoridades nacionales o internacionales, de manera directa o indirecta, con actividades ilegales tales como narcotráfico, terrorismo o su financiación, lavado de activos, tráfico de estupefacientes, secuestro extorsivo y trata de personas, corrupción, peculado por apropiación, entre otras. Autorizo a FONGIGA cancelar unilateralmente y de manera inmediata, el o los contratos a que haya lugar, de comprobarse que tengo vínculos comerciales o personales, con empresas o personas incurso en investigaciones judiciales o listas públicas relacionadas con actividades ilícitas o que cometieron delitos y están requeridas por la ley." Si por cualquier motivo o por cualquier circunstancia el (los) dineros objetos de la presente solicitud y/o contrato resulta (n) perseguidos judicialmente por cualquier autoridad nacional o extranjera, es objeto de cualquier medida cautelar, de congelación o cualquier otra o es sujeto de alguna investigación de carácter administrativa y/o judicial proveniente de cualquier acción judicial o extrajudicial, y que se adelante con ocasión del origen de dicho dinero me (nos) comprometo (mos), expresa e irrevocablemente por medio del presente documento a favor de FONGIGA a asumir los costos, gastos judiciales, incluidos los honorarios en que se incurran para la defensa de dicho (s) dinero (s) con ocasión de cualquier actuación de cualquier naturaleza relacionada y que se adelante con ocasión del origen de dicho dinero (s) ya sea judicial o extrajudicial y/o administrativa y a indemnizar a FONGIGA por los daños y perjuicios que se generen con ocasión de dicha actuación, de tal suerte que resulte indemne por cualquiera de tales conceptos.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

Autorizo a FONGIGA para que utilice los datos que he suministrado o que llegue a suministrar para: i La evaluación y aprobación de producto(s) y/o servicio(s). ii El desarrollo de la relación contractual correspondiente a producto(s) y/o servicio(s). iii El envío de información de novedades o cambios en los productos(s) y/o servicio(s). iv El envío de información sobre eventos y realización de actos de promoción y publicidad. v Actualizar los datos. vi Desarrollar herramientas de prevención de fraude. vii Hacer estudios estadísticos o de comportamiento sobre mis gustos y preferencias. Asimismo, autorizo que dichos datos sean compartidos con entidades aliadas con el fin de que me puedan ser ofrecidos otros productos y servicios. Para todos los fines anteriores autorizo el uso de mí e-mail, correo postal, teléfono, celular, SMS, redes sociales o medios similares. DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: En cumplimiento de las disposiciones legales, Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, declaro que he sido informado de manera clara y expresa de las finalidades con que se recopilan mis datos, del derecho a conocer, actualizar, corregir o suprimir la información entregada, así como que la Política de Tratamiento de Datos Personales de FONGIGA se encuentra disponible en la página web [www.fondogiga.com](http://www.fondogiga.com). Asimismo, he sido informado que en el evento en que no desee recibir información comercial o publicitaria proveniente de FONGIGA, o de las empresas o aliados comerciales, podré manifestarlo a través de cualquiera de los siguientes canales: Call Center (1)- 7658341, correo electrónico [info@fondogiga.com](mailto:info@fondogiga.com), [www.fondogiga.com](http://www.fondogiga.com) y las oficinas de FONGIGA ubicada en Calle 57 # 13-27 oficina 504. En el anverso del presente formulario se encuentran los deberes y derechos del asociado, los cuales hacen parte del Estatuto del Fondo de Empleados FONGIGA, específicamente en los Artículos N° \_\_\_\_\_, respectivamente. También pueden ser consultados en la página web [www.fondogiga.com](http://www.fondogiga.com).

Yo \_\_\_\_\_ Identificado(a) como aparece al pie de mi firma, tal como lo he declarado en este documento, autorizo al pagador de la entidad empleadora, en caso de ser aceptado como asociado, para que deduzca de mi sueldo y pague al FONDO DE EMPLEADOS PARA EL GRUPO IGA SIGLA FONGIGA, el valor de mis aportes, créditos y demás obligaciones. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS PARA EL GRUPO IGA SIGLA FONGIGA aplicar como cuota de aportes, El 5 % de un SMMLV.

Por medio de la presente, Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_; con mi firma, autorizo expresamente al Fondo De Empleados Para El Grupo Iga Sigla Fongiga Con Nit 860.522.320-2, para que descuenta de mi cuenta, los valores correspondientes a mis aportes, créditos, servicios y obligaciones como asociado al Fondo de Empleados, en las fechas establecidas para los pagos.

### INSCRIPCIÓN CUENTA PARA DÉBITO AUTOMÁTICO:

Banco o entidad financiera:

Tipo de cuenta

AHORRO ☐

CORRIENTE ☐

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR:

Número de cuenta

No.

Nombre completo, firma, huella de aceptación y autorización

No. de ID \_\_\_\_\_

Firma

Huella

### Uso exclusivo de FONDO DE EMPLEADOS PARA EL GRUPO IGA SIGLA FONGIGA

| Nombre y firma de quien realizó la entrevista/vinculación:                     | Fecha    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                | DD MM AA |
| Nombre y firma de la persona responsable de la verificación de la información: | Fecha    |
|                                                                                | DD MM AA |
| OBSERVACIONES                                                                  |          |

Firma Oficial  
de cumplimiento:

No. de ID

Aceptado por:

Gerencia

### DOCUMENTOS ANEXOS

|                                                                                         | P. Natural | P. Jurídica |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Fotocopia del documento de identificación                                               | X          |             |
| Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones) | X          |             |
| Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses     |            | X           |
| Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT                                   |            | X           |
| Fotocopia del documento de identificación del Representante legal                       |            | X           |