


|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|  <p><b>Foncalima</b><br/>Fondo de Empleados Calima</p> <p>Vigilado Supersolidaria</p>  | <b>Fecha de Solicitud</b><br>Dia _____ Mes _____ Año _____  |   | <b>SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS</b>  | Código: FTO-FON-02  |
|  | <b>Tipo de Solicitud</b><br>Afiliación <input type="checkbox"/><br>Actualización <input type="checkbox"/><br>Reingreso <input type="checkbox"/> |   |  | Versión: 01   |
|  | <b>Municipio / Ciudad de la Solicitud</b> _____   |   |  | Fecha: 03/2026<br>Página: 1 de 1  |
| <b>Información personal de solicitante</b>   |   |   |  | En caso tal de no tener la información solicitada, por favor trace una línea horizontal |
| <b>Nombre y apellidos:</b> _____   |   |   | <b>Sexo:</b> Maculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>   |   |
| <b>Tipo de identificación:</b> C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>  |   | <b>Número de identificación:</b> _____  |  |   |
| <b>Fecha de expedición</b> Dia _____ Mes _____ Año _____   |   | <b>Lugar de expedición:</b> _____   |  |   |
| <b>Dirección residencia:</b> _____   |   | <b>Barrio:</b> _____  | <b>Zona:</b> Rural ___ Urbana ___  |   |
| <b>Municipio/Ciudad residencia:</b> _____  |   | <b>Departamento residencia:</b> _____   |  |   |
| <b>Teléfono residencia:</b> _____  |   | <b>Celular personal:</b> _____  |  |   |
| <b>Fecha de nacimiento</b> Dia _____ Mes _____ Año _____   |   | <b>Lugar de Nacimiento</b> _____ <b>Nacionalidad:</b> _____   |  |   |
| <b>E-mail</b> _____  |   | <b>Ciudad</b> _____   | <b>Departamento</b> _____  |   |
| <b>Estrato:</b> _____  | <b>N° Personas a cargo:</b> _____   | <b>Cabeza de Familia</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                      | <b>Número de Hijos</b> _____   |   |
| <b>Estado civil:</b> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/>      |   |   |  |   |
| <b>Nivel de Estudios:</b> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |   |   |  |   |
| <b>Título Obtenido:</b> _____  |   | <b>Actividad Económica</b> _____  |  |   |
| <b>Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional</b>   |   | <b>Si</b> ___ <b>NO</b> ___   | <b>Niños, niñas y adolescentes</b> ___ <b>Mayores de 60 años</b> ___ <b>Persona con discapacidad física, mental o sensorial</b> ___<br><b>Mujer cabeza de familia</b> ___ <b>Víctima del conflicto armado</b> ___ <b>Persona en condición de pobreza extrema</b> ___<br><b>Pueblos indígenas</b> ___ <b>Población diversa / LGBTIQ+</b> ___ <b>Población Afrocolombiana</b> ___ <b>Otro</b> ___ <b>Cúal?</b> _____ |   |
| <b>Código CIU</b> _____  |   | <b>Tiene Familiares Afiliados a Foncalima</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <b>Nombres y Apellidos</b> _____   |   |
| <b>Clasificación personas expuestas públicamente "PEP" (Aplica para familiares, conyuge y/o compañero permanente)</b>  |   |   |  |   |
| <b>¿ Por su cargo o actividad maneja o ha manejado recursos públicos?</b>  |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | Si alguna de las repuestas es afirmativas, por favor diligenciar el anexo PEP.   |   |
| <b>¿ Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?</b>  |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <b>¿ Por su cargo o actividad ejerce o ha ejercido algún grado de poder público?</b>   |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <b>¿ Tiene usted un familiar que goza de reconocimiento público?</b>   |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <b>¿ Tiene usted un familiar que maneja recursos públicos?</b>   |   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |  |   |
| <b>Información laboral del solicitante</b>   |   |   |  |   |
| <b>Área/Dependencia</b> _____  |   | <b>Cargo actual</b> _____   |  |   |
| <b>Nombre de la Empresa</b> _____  |   | <b>Sede</b> _____   |  |   |
| <b>Municipio/Ciudad:</b> _____   |   | <b>Fecha de ingreso a la empresa</b> Dia _____ Mes _____ Año _____                                    |  |   |
| <b>Tipo de contrato</b> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra labor <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/>   |   |   | <b>Tiempo de servicio</b> _____  |   |
| <b>Información financiera del solicitante</b>  |   |   |  |   |
| <b>Ingresos mensuales</b>  |   | <b>Gastos mensuales</b>   |  |   |
| <b>Salario</b> \$ _____  | <b>Otro ingresos</b> \$ _____   | <b>Familiares y personales</b> \$ _____   | <b>Otros</b> \$ _____  |   |
| <b>TOTAL INGRESOS</b> \$ _____   | <b>Descripción de los gastos</b> _____  |   |  |   |
| <b>Descripción de otros Ingresos:</b> _____  |   | <b>TOTAL GASTOS</b> \$ _____  | <b>TOTAL PASIVOS</b> \$ _____  |   |
| <b>TOTAL ACTIVOS</b> \$ _____  |   |   |  |   |
| <b>Operaciones en moneda extranjera</b>  |   |   |  |   |
| <b>A) Realiza operaciones en moneda extranjera</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |   | <b>B) Posee cuentas en moneda extranjera</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>  |  |   |
| <b>Importaciones</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Exportaciones</b> <input type="checkbox"/>   | <b>N° de cuenta</b> _____   |  |   |
| <b>Inversiones</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Préstamos</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Moneda</b> _____   |  |   |
| <b>Giros</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Otras</b> <input type="checkbox"/>   | <b>Nombre Banco</b> _____   |  |   |
| <b>Cuáles</b> _____  |   | <b>Ciudad/pais</b> _____  |  |   |
| <b>Información del conyuge y/o compañero permanente</b>  |   |   |  |   |
| <b>Nombres y apellidos</b> _____   |   | <b>Actividad económica</b> _____  |  |   |
| <b>Nombre empresa donde labora</b> _____   |   | <b>Número de contacto</b> _____   |  |   |
| <b>Autorización de deducciones</b>   |   |   |  |   |

|                          |          |                              |       |
|--------------------------|----------|------------------------------|-------|
| Autorizo el descuento de | \$ _____ | Mensual para mi ahorro       | _____ |
| Autorizo el descuento de | \$ _____ | Mensual para otros Ahorros   | _____ |
| Autorizo el descuento de | \$ _____ | Mensual para Otros Conceptos | _____ |
| Autorizo el descuento de | \$ _____ | Mensual para Otros Conceptos | _____ |

**Autorización de cesión de derechos**

En caso de mi fallecimiento, autorizo que mis ahorros, aportes y otros saldos a favor en FONCALIMA sean entregados y en la proporción aquí señalada:

| Nombres y apellidos | Teléfono | Identificación | Parentesco | Porcentaje(%) |
|---------------------|----------|----------------|------------|---------------|
|                     |          |                |            |               |
|                     |          |                |            |               |
|                     |          |                |            |               |

**Autorizaciones y Declaraciones**

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS:** Con el propósito de dar cumplimiento a lo estipulado por la Supersolidaria y a las normas legales, referentes a los servicios de ahorro y crédito, realizo la siguiente declaración sobre el origen de los bienes y/o recursos: 1. Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier otra forma que lo modifique o adicione. 2. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas. 3. Que conozco y aplico las normas de prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo.

**AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** En virtud de la Ley 1266 de 2008, la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, autorizo a FONCALIMA, para que en la ejecución de su manual de políticas para el tratamiento de datos personales y habeas data, obtenga, custodie y dé manejo a los datos personales que suministro para efectos de obtener los servicios y productos que la misma sociedad me ofrece, para fines generales establecidas en el citado manual. Como titular de dicha información, declaro que sé que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales enviando la solicitud bajo las instrucciones establecidas en dicho manual. Autorizo de manera permanente a FONCALIMA para consultar, reportar, actualizar, rectificar y obtener de las centrales de riesgos y de los demás bancos de datos autorizados para tales efectos, la información relacionada con el comportamiento crediticio producto de toda clase de operaciones que efectúe o haya efectuado con entidades del sector financiero, comercial, cooperativo, industrial u otros y en general toda aquella información que sirva de referencia comercial o industrial o base para el análisis del crédito y su permanencia hasta que FONCALIMA y las centrales de información lo considere pertinente dentro de las normas que lo regulen. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y el Decreto reglamentario 1377 de 2013, autorizo expresamente para que mis datos personales y los datos biométricos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONCALIMA, para que sean tratados con la finalidad de capacitación, educación y cultura, finalidades varias, gestión contable y financiera, marketing, publicidad y prospección comercial, servicios económico-financieros y seguros, trabajo social, además que las fotografías y videos puedan ser utilizadas en medios impresos, medios audiovisuales y redes sociales. El titular de los datos podrá ejercer sus derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de sus datos, con un escrito dirigido a FONCALIMA, a la dirección de correo electrónico foncalima@calima.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercer, o mediante correo ordinario remitido a la dirección CRA 43 B NRO 16 95 OFICINA 1013, Medellín, Antioquia. La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través de la página web <https://foncalima.calima.com.co>

**AUTORIZACION PARA LA CONSULTA DE LISTAS RESTRICTIVAS CON RESPECTO A LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACION DEL TERRORISMO:** En virtud de lo establecido en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia de Economía Solidaria, en su Título V: Instrucciones para la administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo y en cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Ley 1581 de 2012, autorizo de manera previa, expresa e informada al Fondo de Empleados Fecomple, para que realice consulta, recolección y almacenamiento de mis datos personales en las listas restrictivas, vinculantes y de control que puedan proporcionar resultados que permitan el conocimiento de la comisión de conductas delictivas relacionadas con LAFT.

**LIBRANZA:** Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, autorizo expresa e irrevocablemente al pagador de la empresa \_\_\_\_\_, para que de mi salario, bonificaciones, indemnizaciones o de cualquier suma de dinero que se vaya generando a mi favor, me sean descontados los valores correspondientes de las cuotas quincenales arriba reseñadas para el pago del crédito que adeudo a FONCALIMA, aún en el evento de encontrarme disfrutando de mis vacaciones o licencias.

Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a la empresa pagadora \_\_\_\_\_, para que las sumas descontadas en las quincenas en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma quincenal a FONCALIMA, dentro del término fijado para tal efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si la empresa pagadora, no descuenta el valor total de las cuotas quincenales del respectivo crédito, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota quincenal o los valores no descontados y eventuales de mora, y me comprometo a efectuar el pago a través de consignación en la cuenta que para tal efecto está autorizada y entregar en las instalaciones de FONCALIMA, el recibo de consignación que soporta el pago de aquellos valores no descontados por mi empleador.

También autorizo de manera expresa e irrevocable a la empresa pagadora, para que en caso de terminar el contrato de trabajo suscrito con ésta por cualquier causa, descuento y proceda a cancelar a FONCALIMA de mis salarios, bonificaciones, cesantías, intereses a las cesantías, primas, vacaciones adeudadas e indemnizaciones a que tengo o tuviera derecho, el saldo insoluto e intereses que adeudare al FONCALIMA como consecuencia del crédito efectuado por éste. Declaro que conozco el reglamento de crédito otorgado y su aceptación para lo cual me acojo a ellos.

Nota: Conforme a lo dispuesto en los artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989, si por culpa del retenedor no se hicieran las deducciones respectivas, éste será responsable de su omisión ante la entidad y quedará solidariamente deudor ante ésta de las sumas dejadas de retener o entregar, junto con los intereses de la obligación contraída por el deudor. Igualmente, el artículo 56 de la referida norma, consagra que las obligaciones de retención no tienen límites frente a las cesantías, primas y demás conceptos que se causen a favor del trabajador, con excepción de su salario, en cuyo caso la totalidad de las retenciones de que sea objeto no podrán superar el 50% del mismo.

Autorizo al Fondo de Empleados Calima, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones relacionadas con mis obligaciones en calidad de asociado y recibir información, a través de cualquier medio de comunicación según la información suministrada en este formato. (puede marcar una o todas las opciones):

TODOS LOS MEDIOS \_\_\_\_\_ CORREO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ CORREO CERTIFICADO \_\_\_\_\_

Manifiesto que conozco toda la reglamentación de afiliación a Foncalima y me comprometo a cumplirla.



Firma del Asociado

Huella

**Espacio Reservado Para Foncalima**

|   |                     |       |       |
|---|---------------------|-------|-------|
| <b>Fecha realización asesoría</b><br>Día:    Mes:    Año:     | Nombres y apellidos | Cargo | Firma |
| <b>Fecha verificación información</b><br>Día:    Mes:    Año: | Nombres y apellidos | Cargo | Firma |