



FORMATO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
DD MM AAAA

TIPO DE VINCULACIÓN
Vinculación Actualización

CIUDAD

1. PERSONA NATURAL
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES
TIPO DE DOCUMENTO No. DE DOCUMENTO FECHA DE EXPEDICIÓN LUGAR DE EXPEDICIÓN PAÍS DE NACIMIENTO
FECHA DE NACIMIENTO CIUDAD/ MUNICIPIO DEPARTAMENTO ESTADO CIVIL SEXO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO FIJO TELÉFONO MÓVIL NIVEL EDUCATIVO
ENVÍO DE CORRESPONDENCIA
OCUPACIÓN/ OFICIO O PROFESIÓN
PENSIONADO DESEMPLEADO RENTISTA DE CAPITAL EMPLEADO
CÓDIGO CIU DESCRIPCIÓN CIU ESPECIFIQUE LA ACTIVIDAD DE LA CUAL DERIVA MÁS DEL 50% DE SUS INGRESOS TIENE PARTICIPACIÓN EN LA EMPRESA DE LA CUAL GENERA SUS INGRESOS
TIPO DE CONTRIBUYENTE RÉGIMEN COMÚN RÉGIMEN SIMPLIFICADO ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?
¿ES UNA PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP'S?
INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (APLICA ÚNICAMENTE PARA EMPLEADOS)
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA CARGO TELÉFONO - EXT CIUDAD DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SECTOR ECONÓMICO DE LA EMPRESA
2. INFORMACIÓN FINANCIERA ASOCIADO
INFORMACION AÑO VIGENTE:
TOTAL ACTIVOS: INGRESOS MENSUALES:
TOTAL PASIVOS: OTROS INGRESOS:
TOTAL PATRIMONIO: EGRESOS MENSUALES:
CONCEPTO OTROS INGRESOS:
3. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA
¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? IMPORTACIONES EXPORTACIONES TRANSFERENCIAS
PAGO DE SERVICIO INVERSIONES OTRA:
¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR? SI TIENE CUENTAS EN EL EXTERIOR DILIGENCIAR LOS SIGUIENTES DATOS:
NÚMERO CUENTA BANCO MONEDA PAÍS CIUDAD
4. BENEFICIARIOS DE APORTES
NOMBRE Y APELLIDOS No. DOCUMENTO PARENTESCO TELÉFONOS % PARTICIPACIÓN
5. REFERENCIAS
TIPOS DE REFERENCIAS NOMBRE Y APELLIDOS REFERENCIA PARENTESCO O RELACIÓN TELÉFONO DIRECCIÓN

**6. AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION**

Autorizo de manera permanente e irrevocable a FARMADISA o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan. La consecuencia de esta autorización será la inclusión de los datos en las mencionadas bases.

**7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio, expreso de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fuente de fondos a **FARMADISA**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el Capítulo XVII, del Título V de la Circular Básica Jurídica 06 del 2015- SARLAFT (Circular Externa 14 del 2018), expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace; Estatuto Anticorrupción (Ley 90 de 1995); Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) y demás normas legales concordantes. Declaro que mis recursos provienen de las siguientes actividades: \_\_\_\_\_. Por lo tanto, manifiesto que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Me comprometo a No permitir que terceros efectúen operaciones a través mis productos con **FARMADISA**, con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Como consecuencia de lo anterior, autorizo a **FARMADISA** a cancelar los productos que tenga activos. Eximo a **FARMADISA** de toda responsabilidad en caso de infracción de cualquiera de los temas acá señalados o que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de notación del mismo. Me obligo con **FARMADISA** a mantener actualizada la información que por su naturaleza pueda cambiar por lo menos una vez al año o cuando se presente el hecho de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos **FARMADISA**.

**8. AVISO DE PRIVACIDAD PARA TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES**

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar los datos aquí solicitados, autorizo a **FARMADISA**, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación contractual con la **FARMADISA** y alineado con sus políticas de seguridad de la información.

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por **FARMADISA**, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales, iv) presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones a la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, serán recibidos en el punto de atención de **FARMADISA**.

**9. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS**

1. Autorizo al señor pagador de mi nómina \_\_\_\_\_ para que descuente de mis salarios y/o prestaciones sociales, los valores correspondientes a aportes, cuota de Administración por única vez, contribuciones y/o en general todos los que estuvieran a mi cargo y a favor de **FARMADISA**.  
 2. Autorizo en forma expresa a **FARMADISA**, para descontar total o parcialmente de mis aportes sociales, los dineros que sean necesarios para cancelar las obligaciones que contraiga con la entidad en forma directa o indirecta, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 79/88 y los Estatutos de **FARMADISA**.  
 3. Declaro bajo juramento que es mi voluntad que en caso de fallecimiento, mis aportes y demás beneficios a que tenga derecho como asociado de **FARMADISA**, sean aplicados en primer instancia a cancelar las deudas pendientes adquiridas con la Cooperativa y como segunda instancia sean entregados a mis beneficiarios definidos anteriormente en esta Vinculación.  
 4. Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nómina conforme a la autorización aquí otorgada de mis obligaciones, me obligo a realizar los pagos mensualmente o en la periodicidad acordada con **FARMADISA** en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta (ahorro) \_\_\_\_ (corriente) \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ del banco de \_\_\_\_\_, en formato de consignación Sistema Nacional de Recaudo.  
 5. Declaro que me obligo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como las que a futuro dicten los Órganos de Administración. El valor del aporte social será de (Marque con una X la opción a escoger):

**100% de un día de mi salario**   
**50% de un día de mi salario**

**10. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| 1                             | Formato de vinculación y/o actualización de asociado                                  |  |
| 2                             | Fotocopia del documento de Identificación al 150%                                     |  |
| 3                             | Declaración de renta del último periodo gravable (Si aplica)                          |  |
| <b>Constancia de Ingresos</b> |   |  |
| 4                             | Empleados: certificación laboral (no mayor a 30 días)                                 |  |
| 5                             | Independientes: certificado de ingresos y retenciones del año inmediatamente anterior |  |

**11. CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN**

Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

FIRMA

\_\_\_\_\_



NOMBRE:

C.C

**13. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FARMADISA**

OBSERVACIONES:

ORGANO QUE APRUEBA  
 CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

# \_\_\_\_\_

FECHA DE APROBACIÓN  
 DIA MES AÑO

CIUDAD

ACEPTACION  
 SI  O

FECHA DE LA ENTREVISTA  
 DIA MES AÑO

FIRMA

\_\_\_\_\_

Nombre:

Cargo:

Nota: firma exclusiva para el empleado que realizó la entrevista y verificó la información