

SOLICITUD DE ASOCIACION									
Fecha de Solicitud:		DIA	MES	AÑO	Ciudad:				
1. INFORMACION PERSONAL									
Apellido (s):				Nombre (s):					
N.º de Identificación:			Tipo de Documento:					Sexo:	
			C.C ☐ C.E ☐ Pasaporte ☐ PPT ☐ Otro ☐					F ☐ M ☐	
Lugar y Fecha de Expedición:			Nacionalidad:		Ciudad de Nacimiento:		Departamento de Nacimiento:		
Fecha de Nacimiento			Estado Civil:						
DIA	MES	AÑO	Soltero ☐ Casado ☐ U. Libré ☐ Separado ☐ Viudo ☐						
Número de personas a Cargo: _____			Es Usted Mujer Cabeza de Familia: Si ☐ No ☐				Estrato:		
Código Actividad (CIU):			Profesión:			Celular:			
Dirección de Residencia:				Departamento de Residencia:			Ciudad de Residencia:		
Tipo de Vivienda:			Correo Electrónico:						
Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐									
2. INFORMACION ACADEMICA									
Nivel de Estudios:									
Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Post- Grado ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____									
3. INFORMACION LABORAL									
Indique la empresa para la cual Trabaja:									
(01) Ecotrans SA: ☐ (05) Ecolimpia SAS ESP: ☐ (09) Fondo de Empleados FOLIMP: ☐ (02) Ciudad Limpia Bogotá SA ESP: ☐ (06) FN Tecnología SAS: ☐ (10) RH SAS: ☐ (03) Ciudad Limpia SA ESP: ☐ (07) Ciudad Limpia Neiva SA ESP: ☐ (11) Centro Gestión Sostenible CGS: ☐ (04) Ciudad Limpia Huila SA ESP: ☐ (08) Soluciones Inmediatas SA: ☐ (12) 3LIM2000 ☐									
Ocupación u Oficio (Cargo):				Tipo de Contrato: Indefinido ____ Fijo ____ Obra o Labor ____					
Dirección Trabajo:				Teléfono (s):			N.º Fax:		
Salario: \$		F. Inicio Contrato:			F. Final Contrato:				

4. BENEFICIARIOS			
Nombres y Apellidos	N.º Documento	Parentesco	%

5. INFORMACION FINANCIERA	
Ingresos Mensuales \$	Activos \$
Egresos Mensuales \$	Pasivos \$
Otros Ingresos \$	Cuota Mensual de sus Pasivos: \$

6. DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE			
1. ¿Ejerce Usted, algún cargo como servidor público? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es positiva, seleccione con una X, la función del cargo (funciones o categorías incluidas dentro del Decreto 830 de 2021)			
Ordenación del Gasto	Contratación Pública	Gerencia de proyectos	
Expedición de normas y regulaciones	Pagos	Liquidadores	
Administración de bienes muebles e inmuebles e inmuebles del Estado	Dirección o manejo de recursos en los movimientos o partidos políticos.	Administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias	
Cargo	Fecha Vinculación	Fecha Desvinculación	
2. ¿Ejerce funciones directivas en una organización internacional? Si ☐ No ☐			
3. ¿Desempeña funciones públicas prominentes y destacadas en otro país? Si ☐ No ☐			
4. ¿Usted goza de reconocimiento público? Si ☐ No ☐			
5. ¿En los últimos veinticuatro (24) meses usted ha desarrollado cargos o funciones relacionados con los numerales 1, 2, o 3 de esta sección? Si ☐ No ☐			
6. ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente? Si ☐ No ☐			

7. CUOTA PERIODICA OBLIGATORIA								
El Valor de mis aportes mensuales corresponderá al (Marque una X)								
Tenga en cuenta que:		4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
La base del aporte será su salario básico (mínimo 1 SMLV y máximo 3 SMLV) sin incluir horas extras, recargos u otros ingresos adicionales. El aporte se pagará de manera directa por descuento de nómina.								

8. AHORRO PROGRAMADO Y/O VOLUNTARIO	
Desea realizar Ahorro Programado	SI ☐ NO ☐
Valor cuota mensual \$. _____	
Se realiza devolución o retiro del ahorro semestralmente en las fechas programadas por FOLIMP , en los meses de JUNIO y DICIEMBRE . Autorizo que dicho ahorro sea consignado en mi respectiva cuenta de nómina. Los depósitos de AHORRO PROGRAMADO se definen como un convenio de ahorro entre FOLIMP y el asociado depositante, mediante el cual este último se compromete a depositar unas cuotas periódicas determinadas, a través de los descuentos por nómina, durante un plazo establecido, y la depositaria se obliga a reconocer una tasa de interés definida.	

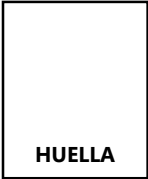
9. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA¿Realiza operaciones en moneda Extranjera? Si ☐ No ☐¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si ☐ No ☐

Cuales: _____

Nº Cuenta _____ Banco _____

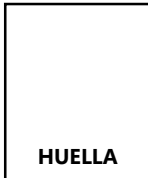
Ciudad _____ Pais _____

Declaro que no realizo Transacciones en moneda extranjera


FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA**10. CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo de manera expresa e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA – FOLIMP con NIT 900.183.838-4**, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. En caso que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión de derechos a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a las centrales de riesgo a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con **FOLIMP** o con quien represente sus derechos.


FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLAWWW.FOLIMP.COM

Sede principal: Calle 59 C Sur # 51-50, Atlanta - Bogotá - Colombia. **PBX:** (601) 730 01 50 **Ext.** Gerencia 1177 – Contabilidad 1166 – Créditos 1174 – Ahorro y otros Servicios 1239 – Líder de Créditos 1115 – Oficial de Cumplimiento 1190. Cali (602) 6959920 Ext 2415 – Neiva (608) 8664464 Ext 128
Contacto: 310 243 97 64. **Correo:** folimp@ciudadlimpia.com.co - **Contacto:** 304 403 32 17. **Correo:** ferazo@ciudadlimpia.com.co **Cali:** 304 542 13 66.
Correo: folimpcali@ciudadlimpia.com.co | **Neiva:** 304 452 13 98. **Correo:** folimpneiva@ciudadlimpia.com.co

11. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a **FOLIMP** con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación con **FOLIMP**.

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 relacionados con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo a **FOLIMP**, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo a **FOLIMP**, 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 transacciones con **FOLIMP** 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.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar la información que solicite el fondo, en los plazos que requiera y por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por **FOLIMP** sin que esta me exonere a que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

WWW.FOLIMP.COM

Sede principal: Calle 59 C Sur # 51-50, Atlanta - Bogotá - Colombia. **PBX:** (601) 730 01 50 **Ext.** Gerencia 1177 - Contabilidad 1166 - Créditos 1174 - Ahorro y otros Servicios 1239 - Líder de Créditos 1115 - Oficial de Cumplimiento 1190. Cali (602) 6959920 Ext 2415 - Neiva (608) 8664464 Ext 128
Contacto: 310 243 97 64. **Correo:** folimp@ciudadlimpia.com.co - **Contacto:** 304 403 32 17. **Correo:** ferazo@ciudadlimpia.com.co | **Cali:** 304 542 13 66.
Correo: folimpcali@ciudadlimpia.com.co | **Neiva:** 304 452 13 98. **Correo:** folimpneiva@ciudadlimpia.com.co

12. AUTORIZACION DE DESCUENTO

De ser aceptada la presente solicitud de ingreso del suscrito, autorizo al pagador _____ o donde llegase a laborar, para que realice de manera irrevocable los descuentos por nomina y transfiera a **FOLIMP** las sumas correspondientes a los aportes, ahorros y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación. De igual forma autorizo para que me sea descontado de las primas, vacaciones, cesantías, indemnizaciones y demás emolumentos que por la relación laboral me lleguen a corresponder.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo Anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

HUELLA

FIRMA DEL SOLICITANTE

(Con la presente firma y huella autorizo los descuentos correspondientes a los numerales **7** y **8** diligenciados en el presente formulario y a todo lo estipulado en el **Art 14** del Estatuto de FOLIMP).

13. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012" y las disposiciones vigentes sobre protección de datos personales, y las directrices de la Superintendencia de Industria y Comercio, autorizo de manera previa, expresa, voluntaria e informada al **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA-FOLIMP**, para que, directamente o a través de sus empleados o terceros encargados o aliados estratégicos: acceda, recolecte, administre, almacene, publique, utilice, transfiera, transmita y realice cualquier operación sobre mis **Datos Personales** con los siguientes fines: (i) Inscripción de la solicitud de vinculación y/o asociación, (ii) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de riesgo o bases de datos autorizadas sobre comportamiento crediticio, financiero y comercial, (iii) eventos internos, actividades recreativas, cursos, capacitaciones, y otros servicios relacionados con la relación entre el asociado y el fondo, (iv) gestión de proveedores y contratistas, (v) cumplimiento de obligaciones legales y contractuales, (vi) Prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo, (vii) investigación de conductas contrarias a las políticas del fondo.

Así mismo, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para que mis datos puedan ser transferidos a terceros en Colombia o en el exterior para los fines mencionados, incluyendo el cumplimiento de la política interna del FOLIMP. Reconozco que el tratamiento de mis datos fuera de Colombia podrá estar regido por leyes extranjeras y podría implicar finalidades distintas a las autorizadas.

Autorizo expresamente y voluntaria al **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO DE CIUDAD LIMPIA - FOLIMP**, como titular de mis datos personales, en especial, los de carácter sensible, entendiendo por éstos, los datos cuyo Tratamiento puede involucrar la discriminación, tales como datos relativos a la salud, a la filiación política, religiosa o filosófica, a la vida sexual y todos los datos biométricos, en particular las imágenes, fotografías, grabaciones, videos, huellas dactilares, entre otros que permitan identificar al asociado, para que sean incorporadas en una base de datos de responsabilidad del Fondo de

WWW.FOLIMP.COM

Empleados del Grupo Ciudad Limpia - FOLIMP y puedan ser difundidas públicamente a través de cualquier medio conocido sea internet, periódico de la compañía, entre otras.

EL FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA – FOLIMP dispone de una **Política y procedimientos para la protección de datos**, donde se detallan mis derechos como titular de los datos, los mecanismos para hacerlos efectivos y la persona encargada de atender consultas o reclamos. Así mismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar mis derechos previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales, mediante escrito dirigido al **FONDO DE EMPLEADOS DEL GRUPO CIUDAD LIMPIA - FOLIMP** a la dirección de correo electrónico oficial folimp1@ciudadlimpia.com.co, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar o a través de nuestra página web www.folimp.com en la opción PQRS o mediante correo postal remitido a la dirección calle 59 C SUR 51 - 50 de la ciudad de Bogotá D.C.

HUELLA

FIRMA DEL SOLICITANTE

14. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FOLIMP**OBSERVACIONES:**

Fecha de Entrevista			Ingreso de Afiliación		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO

Firma y Nombre Persona Responsable de la
Entrevista

Documentos Anexos	SI	NO
Fotocopia Documentos de Beneficiarios		
Fotocopia del Documento de Identificación		
Autorización Tratamiento de Datos Personales		
Autorización Informada para Datos de Menores de Edad		
Consulta Listas Vinculantes y Restrictivas		

V.B Oficial de Cumplimiento

WWW.FOLIMP.COM

Sede principal: Calle 59 C Sur # 51-50, Atlanta - Bogotá - Colombia. **PBX:** (601) 730 01 50 **Ext.** Gerencia 1177 – Contabilidad 1166 – Créditos 1174 – Ahorro y otros Servicios 1239 – Líder de Créditos 1115 – Oficial de Cumplimiento 1190. Cali (602) 6959920 Ext 2415 – Neiva (608) 8664464 Ext 128
Contacto: 310 243 97 64. **Correo:** folimp@ciudadlimpia.com.co - **Contacto:** 304 403 32 17. **Correo:** ferazo@ciudadlimpia.com.co | **Cali:** 304 542 13 66.
Correo: folimpcali@ciudadlimpia.com.co | **Neiva:** 304 452 13 98. **Correo:** folimpneiva@ciudadlimpia.com.co