

FORMULARIO DE VINCULACIÓN ASOCIADO/CLIENTE



Te damos la bienvenida a SECRÉDITOS

Diligencia esta información para comenzar a disfrutar todos los beneficios que tenemos para ti

Certificado CO14/5971

VINCULACIÓN ☐ ACTUALIZACIÓN ☐ INDEPENDIENTE ☐

Versión 4.0 Fecha última modificación: 12-mar-2026

Datos generales del cliente			
Nombre(s) y apellidos completos		Tipo de doc. de identidad CC. ☐ CE. ☐ Pasaporte ☐	No. identificación
Lugar de expedición			
Fecha de expedición MM DD AA	Fecha de nacimiento MM DD AA	Ciudad y país de nacimiento	
¿Es usted residente de algún país distinto a Colombia, para fines fiscales?		Sí ☐ No ☐	
Si respondió afirmativamente, indique los países: _____			
Indique su número de identificación tributaria en cada país en el mismo orden del punto anterior _____			
**Con el diligenciamiento de esta sección estoy suscribiendo una auto certificación en términos de las resoluciones 078 de 2020 (CRS) y 060 de 2015 (FATCA)			
Dirección de residencia actual		Ciudad / Barrio	Celular
Correo electrónico personal		Profesión	
¿Persona expuesta políticamente?	¿Administra recursos públicos?	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	
Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐	
Estado civil: Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Unión libre ☐	Tipo de vivienda: Familiar ☐ Arrendada ☐ Propia ☐ Otro ☐	Nivel de estudio: Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitaria ☐ Especialización ☐ Tecnólogo ☐	
Información laboral			
Nombre Empresa	Dirección del trabajo	Tipo de contrato: Indefinido ☐ Fijo ☐ Salario Integral ☐	
Departamento /Municipio	Cargo	Fecha de ingreso MM DD AA	Salario \$
Número de cuenta	Tipo de Cuenta: Ahorro ☐ Corriente ☐	Entidad financiera	
Información Financiera			
Ingresos mensuales \$	Otros ingresos (diferentes al salario) \$	Total de ingresos (Suma de ingreso mensual + otros ingresos) \$	
Total egresos \$	Total activos \$	Total pasivos \$	Total patrimonio \$
Autorización de descuento			
En calidad de asociado del Fondo de Empleados SECRÉDITOS, autorizo (a la empresa donde labora) _____ para que del salario que devengo sea descontado el _____% a partir de la vinculación, por concepto de aporte social y ahorro permanente. (Porcentaje de aporte o cuota periódica mínima 5% y para salarios integrales, la base mínima de aporte es el equivalente al diez (10) salarios mínimos mensuales legales vigentes. La suma periódica a descontar será la que reporte directamente SECRÉDITOS a la empresa pagadora correspondiente, sin perjuicio de los límites de retención establecidos en la ley (artículo 56 del Decreto ley 1481 de 1989). De conformidad las sumas retenidas a favor de los fondos deberán ser entregadas a éstos en las mismas fechas en que se efectúen los pagos respectivos a los trabajadores o pensionadas. Si por culpa del retenedor no se hicieron los descuentos, la empresa pagadora será responsable ante el fondo de su omisión y quedará solidariamente con el empleado deudor ante el fondo de las sumas dejadas de entregar, junto con los intereses de la obligación contraída por el deudor. En los términos del artículo 55 del Decreto ley 1481 de 1989, AUTORIZO a mi empleador o contratante actual, para que descuenta en cada periodo de pago de mi salario, prestaciones sociales (primas, cesantías, intereses de cesantías y vacaciones) y demás derechos económicos que resulten a mi favor incluidas, (bonificaciones, indemnizaciones, etc.), y transfiera al Fondo de Empleados SECRÉDITOS o quien represente sus derechos, as sumas de dinero que adeude a este por concepto de (i) créditos, (ii) servicios, (iii) aportes sociales,			

(iv) ahorros, (v) contribuciones ordinarias u extraordinarias y demás obligaciones a que haya lugar en razón al vínculo de asociación existente.

Esta autorización no se extingue por la terminación del vínculo asociativo que tenga con SECRÉDITOS sino hasta la solución total de las obligaciones que adeude a dicha empresa asociativa como beneficiaria del descuento.

Contribución Mutua: Autorizo el descuento para el Fondo Mutua que administra SECRÉDITOS, este valor es aprobado por la Asamblea General de Asociados con sus respectivas condiciones. Esta contribución no es retornable en caso de retiro del asociado.

Autorización sobre tratamiento de datos

Así mismo, autorizo la transferencia internacional de mis datos personales en los asuntos directamente relacionados con los servicios prestados por Secreditos, sus actividades y obligaciones derivadas, pagarés desmaterializados, servicios de computación en la nube, entre otros relacionados. Ello en el marco de las leyes y normas sobre tratamiento de datos personales y la política de tratamiento de datos personales de Secreditos.

Autorización validación centrales de riesgo

Autorizo a Secréditos para que exclusivamente y para fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos, sobre todas mis obligaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubieren otorgado o se me otorguen en el futuro.

Autorización SARLAFT y empleador de información

- Para efectos del SARLAFT autorizo al fondo de empleados a consultar las listas internacionales vinculantes para Colombia relacionadas con lavado de activos y financiación de terrorismo.
- Autorizo a mi empleador actual o futuro para que entregue a SECRÉDITOS información que éste requiera para efectos de cumplir con el proceso de conocimiento de asociados exigido por la ley, así se trate de datos personales (Circular Básica Jurídica de Supersolidaria).

Autorización contacto, notificación y uso de información

Autorizo expresamente al Fondo de Empleados Secréditos para contactarme, enviarme información, notificaciones y comunicaciones Sí ☐ No ☐

Autorización para llenar espacios en blanco

Autorizo a SECRÉDITOS para llenar los espacios en blanco, con la información que aparezca en los documentos anexos o la que suministre la empresa patronal o equivalente o la que en condición de solicitante suministre o confirme por cualquier medio.

FIRMA Y HUELLA

Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el contenido de este formato, tanto en su anverso como en su reverso, lo firmo libre y voluntariamente

FIRMA Y CÉDULA

(Una vez haya completado los demás campos de manera digital, imprima firme, coloque su huella y escanee el formato nuevamente)

Huella

VALIDACIÓN POR LA EMPRESA EMPLEADORA

Nombre del director de RRHH

Visto bueno

Firma

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN USO EXCLUSIVO DE SECRÉDITOS

Nombre y cargo de quien verifica

Observaciones

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS PARA REALIZAR EL INGRESO DE ESTA ASOCIACIÓN