

| FORMULARIO   |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      | Código: FO - DA - 01                        |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
|--|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|--|--|---|--------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO   |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      | Versión: 4                                  |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
|  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      | Fecha: 13/12/2023                           |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
|  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      | Página: 1 de 2                              |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Agencia  |                | Ingreso <input type="checkbox"/> |                                   | Reingreso <input type="checkbox"/>  |   | Actualización <input type="checkbox"/> |  | Fecha   |                                      | DD  | MM                             | AAAA                       |                                    |  |                            |                            |                            |
| I. INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| 1. Datos Generales.  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Primer Apellido:   |                |                                  | Segundo Apellido:                 |   |   | Primer Nombre:                         |  |   | Segundo Nombre:                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Tipo de Identificación: CC CE PPT PA   |                |                                  | Lugar de Expedición               |   | Fecha de Expedición   |  | Nacionalidad                                       |   |                                      | Género                                      |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| No. _____  |                |                                  | Departamento                      | Ciudad  | DD  | MM                                     | AAAA   |   |                                      |   | F <input type="checkbox"/>     | M <input type="checkbox"/> |                                    |  |                            |                            |                            |
| Fecha de Nacimiento  |                | Lugar de Nacimiento              |                                   |   | Estado Civil:   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| DD   | MM             | AAAA                             | País                              | Departamento  | Ciudad  | Soltero <input type="checkbox"/>       |  | Casado <input type="checkbox"/>                                     | Unión Libre <input type="checkbox"/> | Separado <input type="checkbox"/>           | Viudo <input type="checkbox"/> |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Tipo de Vivienda   |                |                                  | Ocupación/Oficio                  |   |   |  | Profesión  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Propia <input type="checkbox"/>  |                |                                  | Familiar <input type="checkbox"/> | Arrendada <input type="checkbox"/>  |   | Empleado <input type="checkbox"/>      |  | Otro <input type="checkbox"/>                                       |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Nivel Académico  |                |                                  |                                   | Tipo de Actividad   |   |  |  | CIU   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Ninguno <input type="checkbox"/>   |                |                                  |                                   | Primaria <input type="checkbox"/>   | Bachillerato <input type="checkbox"/>                                     | Técnico <input type="checkbox"/>       | Asalariado <input type="checkbox"/>                |   | Pensionado <input type="checkbox"/>  |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Tecnológico <input type="checkbox"/>   |                |                                  |                                   | Universitario <input type="checkbox"/>  | Posgrado <input type="checkbox"/>   | Otro <input type="checkbox"/>          | Estrato Socioeconómico: 1 <input type="checkbox"/> |   |                                      |   |                                |                            | 2 <input type="checkbox"/>         | 3 <input type="checkbox"/>                                   | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| ¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/>   |                |                                  |                                   | NO <input type="checkbox"/>   | ¿Es una persona políticamente expuesta - PEP? SI <input type="checkbox"/> |  |  |   | NO <input type="checkbox"/>          | (En caso de marcar "SI", diligenciar Anexo) |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| ¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? SI <input type="checkbox"/>              |                |                                  |                                   | NO <input type="checkbox"/>   | ¿Cuál?: _____   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Residencia fiscal (FATCA/CRS)  |                |                                  |                                   | ¿Es usted ciudadano o residente legal de los Estados Unidos de América? SI <input type="checkbox"/> |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            | NO <input type="checkbox"/>        | Indique su TIN/SSN: _____                                    |                            |                            |                            |
| ¿Es usted residente fiscal en un país diferente a Colombia o Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            | NO <input type="checkbox"/>        | (En caso de marcar "SI" diligencie la siguiente información) |                            |                            |                            |
| País de residencia fiscal  |                |                                  |                                   |   |   | Número de indentificación tributaria   |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Tiene vinculación a servicios Funerarios: SI <input type="checkbox"/>                                    |                |                                  |                                   | NO <input type="checkbox"/>   | ¿Cuál?: _____   |  |  | Está vinculado a otro Fondo/Cooperativa SI <input type="checkbox"/> |                                      |   |                                |                            | NO <input type="checkbox"/>        |  |                            |                            |                            |
| 2. Datos Laborales.  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Nombre de la Empresa:  |                | Fecha de Ingreso                 |                                   | Código:   |   | Centro de Costo:                       |  | Cargo:  |                                      | Salario:                                    |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
|  |                | DD                               | MM                                | AAAA  |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Dirección:   |                |                                  |                                   | Departamento:   |   |  | Municipio:   |   |                                      | Teléfono:                                   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Tipo de Contrato:  |                | Entidad Bancaria:                |                                   | Número de Cuenta:   |   |  | Tipo de Cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/>   |   |                                      |   |                                |                            | Corriente <input type="checkbox"/> |  |                            |                            |                            |
| 3. Datos de Localización.  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Dirección:   |                |                                  |                                   | Barrio:   |   |  | Correo Electrónico:                                |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Ciudad de Residencia:  |                |                                  | Departamento:                     |   |   | Teléfono:                              |  |   | Celular:                             |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| 4. Información Financiera.   |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Ingresos Mensuales de la Actividad Principal: (Básico, bonificaciones, horas extras)                     |                |                                  |                                   |   |   | Total Activos:                         |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Otros Ingresos: (Honorarios, Arriendos, etc.)  |                |                                  |                                   | Egresos:  |   | Total Pasivos:                         |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Concepto de Otros Ingresos:  |                |                                  |                                   | Total Patrimonio: (Activos menos Pasivos)   |   |  |  |   |                                      | Declara Renta: SI <input type="checkbox"/>  |                                |                            | NO <input type="checkbox"/>        |  |                            |                            |                            |
| 5. Operaciones en Moneda Extranjera.   |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Realiza operaciones en moneda extranjera: SI <input type="checkbox"/>                                    |                |                                  |                                   | NO <input type="checkbox"/>   | Cuáles:   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Posee cuentas en moneda extranjera: SI <input type="checkbox"/>  |                |                                  |                                   | NO <input type="checkbox"/>   | País:   |  |  | Ciudad:   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Banco:   |                |                                  |                                   | Número de Cuenta:   |   |  |  | Moneda:   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| 6. Datos de Bienes   |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Bienes raíces:   |                |                                  |                                   | Vehículo:   |   |  |  | Marca:  |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Dirección:   |                |                                  |                                   | Placa:  |   |  | Valor Comercial:                                   |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Hipoteca: SI <input type="checkbox"/>  |                | NO <input type="checkbox"/>      | A Favor de:                       |   |   | Modelo:                                |  | Número de Motor:  |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Notaría:   |                |                                  |                                   | Prenda a Favor de:  |   |  | Ciudad:  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| 7. Referencia Cónyuge  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Nombre y Apellidos:  |                |                                  | Teléfono:                         |   | Profesión:  |  | Empresa donde Labora:                              |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Ciudad de Residencia:  |                |                                  | Departamento:                     |   |   | Correo Electrónico:                    |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| 8. Referencia Personal   |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Nombre y Apellidos:  |                |                                  | Parentesco:                       |   | Teléfono:   |  | Ciudad:  |   | Dirección:                           |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| 9. Información del Grupo Familiar  |                |                                  |                                   |   |   |  |  |   |                                      |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| Parentesco   | Identificación | Nombre y Apellidos               |                                   |   |   |  | Fecha de Nacimiento                                |   |                                      | Edad  |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| PADRE  |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| MADRE  |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| CONYUGE  |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| HIJO 1   |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| HIJO 2   |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| HIJO 3   |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |
| HIJO 4   |                |                                  |                                   |   |   |  | DD   | MM  | AAAA                                 |   |                                |                            |                                    |  |                            |                            |                            |

## II. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresando que toda la información aquí proporcionada es cierta, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a FondeBucanero con el propósito de dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás autoridades competentes:

- 1) Declaro que los recursos que estoy entregando y/o administrando provienen de las siguientes fuentes: (Detallar la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.)
- 2) Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita.
- 3) Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- 4) Declaro que el país de procedencia de mis recursos es: \_\_\_\_\_

## III. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro que FondeBucanero, como responsable del tratamiento de mis datos personales, me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales me fueron informados a través de la página web de la entidad. Así mismo, soy consciente de los derechos para la protección, modificación o supresión de mis datos personales y los canales a través de los cuales puedo ejercer los derechos para conocer, actualizar, aclarar y rectificar la autorización y/o presentar reclamos. Lo anterior, en el marco de la Ley 1581 de 2012 y demás normas que las sustituyan, modifiquen, complementen, deroguen o reglamenten. Como titular de la información autorizo a FondeBucanero para:

- a) Obtener, almacenar, copilar, actualizar, recolectar, procesar, reproducir y/o disponer de los datos o información parcial o total por mi suministrada, en los términos exigidos por la Ley.
- b) Me contacte por medio de correo físico, electrónico, redes sociales, vía telefónica, celular, mensajes de texto (SMS y/o MMS) con fines comerciales para el ofrecimiento de diversos productos y servicios, así como las gestiones de cobranza por obligaciones contraídas. Soy consciente de que puedo cambiar los canales de contacto autorizados y solicitar que me contacten en horarios distintos a los reglamentados en la Ley 2300 de 2023, diligenciado los formatos establecidos y remitiéndolos a través del correo de "Info@fondebucanero.com".
- c) Transferir o transmitir los datos o información parcial o total a los encargados o responsables del tratamiento, con fines comerciales, administrativos o de mercadeo y en general, para dar cumplimiento al objeto social de FondeBucanero.
- d) consultar, reportar y divulgar mi información financiera y crediticia a centrales de riesgo y buscadores de orden nacional e internacional. Así mismo, autorizo el tratamiento y reporte de mis datos ante autoridades competentes en cumplimiento de las normas de prevención de riesgos (SARLAFT) y estándares de intercambio de información tributaria internacional (FATCA/CRS), eximiendo al Fondo de responsabilidad por información errónea proporcionada por mi parte.
- e) Notificar a través de los diferentes medios dispuestos, sobre las operaciones realizadas, generar alertas sobre transacciones fraudulentas, inusuales o sospechosas, y demás comunicaciones de seguridad referente a mis productos y/o servicios.

2. Autorizo a FondeBucanero, para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y terminar cualquier relación contractual, de acuerdo a lo estipulado en el Estatuto, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a FondeBucanero de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

## IV. ASOCIACIÓN Y DEDUCCIONES

Me comprometo a conocer y cumplir los deberes y responsabilidades que imponen el carácter de asociado de FondeBucanero. En caso de ser aceptado, declaro que acepto y acato lo dispuesto por el Estatuto, los Reglamentos vigentes y todas las decisiones que tomen los organismos de Dirección y Administración de FondeBucanero. Por lo tanto, autorizo al empleador que a partir de mi asociación y hasta el momento de mi retiro, descuento de mi salario todas las cuotas establecidas con destino a FondeBucanero: Aporte social, ahorro permanente y demás conceptos, aprobados por la Asamblea General con base a mi ingreso. Adicionalmente, autorizo para que en caso de la pérdida del carácter de asociado según lo dispuesto en el Artículo 16 del Estatuto de FondeBucanero, el empleador o quien haga sus veces, deduzca de mis prestaciones sociales legales y extralegales, así como de las vacaciones e indemnizaciones a que tuviera derecho o a cualquier suma que pudiese recibir en virtud de mi vinculación laboral a la empresa que genera el vínculo de asociación, el saldo insoluto de mis obligaciones al momento de presentarse mi retiro y entrega de manera inmediata a FondeBucanero.

## V. DECLARACIONES

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es veraz y podrá ser verificada y confirmada por FondeBucanero. Adicionalmente, me comprometo a mantener mis datos actualizados y verídicos, con una periodicidad anual, para los efectos pertinentes en las labores administrativas, informativas y demás comunicaciones que competen al objeto social de FondeBucanero. Así mismo, soy consciente de que FondeBucanero puede suspender mis servicios cuando lo considere pertinente en caso de que no actualice la información en la periodicidad establecida.

## VI. DEVOLUCIÓN DE APORTES POR FALLECIMIENTO ASOCIADO

Autorizo a FondeBucanero para que, en caso de fallecimiento, mi aporte social, ahorro permanente y demás conceptos sean entregados a las personas relacionadas en el siguiente cuadro, de acuerdo al porcentaje de distribución y de conformidad con la normatividad legal vigente. 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 de cualquier tipo con FondeBucanero o con quien represente sus derechos. (El valor asignado a cada uno de los beneficiarios debe sumar el total del 100%)

| Nombre Completo | Número de Identificación | Celular | Correo Electrónico | Parentesco | % |
|-----------------|--------------------------|---------|--------------------|------------|---|
|                 |                          |         |                    |            |   |
|                 |                          |         |                    |            |   |
|                 |                          |         |                    |            |   |

## VII. FIRMA

|               |       |   |
|---------------|-------|---|
| _____         | _____ |  |
| Nombre        | Firma | HUELLA DACTILAR   |
| Cédula: _____ |       |   |

## VIII. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

|                                     |  |        |            |
|-------------------------------------|--|--------|------------|
| Nombre del funcionario responsable: |  | Cargo: |            |
| Resultado de la verificación:       |  | Fecha: | DD MM AAAA |
| Observaciones                       |  |        |            |

### DOCUMENTOS ANEXOS

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Fotocopia del documento de identificación  | <input type="checkbox"/> |
| Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificación de ingreso y retenciones) | <input type="checkbox"/> |
| Formato entrevista persona expuesta políticamente                                      | <input type="checkbox"/> |

VoBo Gerencia