

	ASOCIACION MUTUAL CORFEINCO		CÓDIGO: FO-GS-025
	GESTIÓN SOCIAL		VERSIÓN: 1
	FORMATO AUTORIZACION FONDOS DE AUTOGESTIÓN		PAGINA: 1 de 1
			Fecha: 23/12/2025

AUTORIZACIÓN DE VINCULACIÓN VOLUNTARIA AL FONDO DE AUTOGESTIÓN SECCIONAL

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, asociado(a) de la **seccional** _____ de la **Asociación Mutual CORFEINCO**, manifiesto de manera **libre, voluntaria y expresa** mi decisión de vincularme al **Fondo de Autogestión** correspondiente a mi seccional.

En consecuencia, **autorizo** a la Asociación Mutual CORFEINCO para que realice el **descuento mensual automático** del valor establecido en los Estatutos de la entidad para este fin, equivalente a **0,35% del Salario Mínimo Mensual Legal Vigente (SMMLV)** conforme a lo dispuesto en el Artículo 46 de los Estatutos.

Declaro que he sido informado(a) del propósito del Fondo de Autogestión, destinado al bienestar, participación y fortalecimiento de las actividades seccionales, y que mi participación es de carácter voluntario, pudiendo solicitar mi retiro conforme a los procedimientos internos establecidos por la entidad.

Finalmente, autorizo el tratamiento de mis datos personales para los fines administrativos relacionados con esta vinculación, de acuerdo con la política de protección de datos vigente de CORFEINCO.

Firma del asociado(a): _____
 Nombre completo: _____
 Cédula: _____
 Seccional: _____
 Fecha: ____ / ____ / ____