



# FONDO DE EMPLEADOS FEDUSAB

Admisión \_\_\_\_\_  
Actualización de Datos \_\_\_\_\_

EMPLEADO QUE ATIENDE LA SOLICITUD \_\_\_\_\_

Fecha Diligenciamiento Día / Mes / Año

La presente solicitud no implica compromiso alguno para FEDUSAB

## INFORMACIÓN PERSONAL

|  |                                      |   |                                      |                                    |                                 |                   |  |
|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------|--|
| Primer Nombre:   |                                      | Segundo Nombre:                                     |                                      | Primer Apellido:                   |                                 | Segundo Apellido: |  |
| Género<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>  | Fecha Nacimiento:<br>Día   Mes   Año | Lugar de Nacimiento:<br>Ciudad.<br>Dpto.            | Nacionalidad: _____                  |                                    |                                 |                   |  |
| Tipo de Identificación<br>CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>   | Número Documento:                    | Fecha de Expedición de la Cédula<br>Día   Mes   Año | Ciudad.<br>Dpto.                     |                                    |                                 |                   |  |
| Estado Civil:<br>Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/><br>Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> | Nivel máximo de estudios             | Primaria _____<br>Universitario _____               | Bachillerato _____<br>Posgrado _____ | Técnico _____<br>Magister _____    | Tecnológico _____<br>Otro _____ |                   |  |
| Tipo de Vivienda:<br>Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/><br>Familiar <input type="checkbox"/> Propia con Hipoteca <input type="checkbox"/>                    | Estrato                              | Teléfono Residencia:                                | Dirección Residencia:                |                                    | Número Celular:                 |                   |  |
| Barrio   |                                      | Ciudad  |                                      | Dpto.                              |                                 |                   |  |
| E-mail Personal  |                                      |   |                                      | E-mail Empresarial                 |                                 |                   |  |
| No. Cuenta de Nómina:  |                                      | Ahorros <input type="checkbox"/>                    |                                      | Corriente <input type="checkbox"/> |                                 | Entidad           |  |

## ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASOCIADO

|  |   |  |   |                   |         |  |       |     |
|--|---|--|---|-------------------|---------|--|-------|-----|
| Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> |   | Séctor de la Empresa:<br>Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> | Tipo de Contrato:<br>Indefinido <input type="checkbox"/> Término Fijo <input type="checkbox"/> Obra o labor <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/> |                   |         |  |       |     |
| <b>EMPLEADO</b>  | Nombre De la Empresa:   |  | Dirección Empresa:  |                   | Ciudad. |  | Dpto. |     |
|  | Teléfono:   | Ext.   | Cargo u ficio   |                   |         | Fecha de ingreso a la Empresa:   | Día   | Mes |
|  | Jefe Inmediato  |  |   | Salario: \$ _____ |         | Periodo de pago: Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> |       |     |
| <b>INDEPENDIENTE</b>   | Nombre de la Empresa / Negocio:                                 |  | Dirección Empresa:  |                   | Ciudad. |  | Dpto. |     |
|  | Teléfono:   | Ext.   | Actividad Económica:  |                   |         | Código CIUU:   |       |     |
|  | Si es pensionado indique la entidad de pensión y mesada mensual |  |   |                   |         |  |       |     |

## INFORMACIÓN FINANCIERA

|                 |                          |                |                             |   |
|-----------------|--------------------------|----------------|-----------------------------|---|
| <b>INGRESOS</b> | Salario: \$ _____        | <b>EGRESOS</b> | Gastos Personales: \$ _____ | Activos: \$ _____   |
|                 | Otros Ingresos: \$ _____ |                | Otros Egresos: \$ _____     | Pasivos: \$ _____   |
|                 | Total Ingresos: \$ _____ |                | Total Egresos: \$ _____     | Patrimonio: \$ _____  |
|                 | Concepto otros ingresos: |                | Concepto otros egresos:     | Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

## ENTREVISTA PEPS

|  |                  |        |   |
|--|------------------|--------|---|
| ¿Tiene algún familiar vinculado laboralmente con el Fondo de empleados o que sea integrante de la junta Directiva? |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Parentesco:  | Nombre Completo: | Cargo: |   |
| 1. ¿Es servidor público?   |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Administra recursos públicos?  |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Persona públicamente reconocida?   |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Es contratista con el Estado, Departamento, Municipio o algún Ente descentralizado?                            |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Administra recursos económicos de comunidades religiosas?  |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene vínculos ya sea de afinidad o consanguinidad con personas públicamente expuestas?                        |                  |        | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

## CUOTAS DE APORTES Y AHORROS VOLUNTARIOS

|  |   |                                  |  |
|--|---|----------------------------------|--|
| Cuota de Aportes Obligatorios: Aporte Social y Ahorro Permanente.<br>Máx.10% Salario Básico) |   | Cuota de contribución: (3%)smlmv |  |
| Valor \$ _____ ( )   | Valor \$ _____ ( )  |                                  |  |
| Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>                          | Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> |                                  |  |

## AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES GENERALES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE SAN BUENAVENTURA "FEDUSAB", 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. Así mismo manifiesto que conozco los reglamentos de dichas bases de datos. 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.

De acuerdo a la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos y al Decreto 1377 de 2013, como Titular doy mi consentimiento para la recolección, análisis y almacenamiento de mis datos personales, incluso datos biométricos y para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FEDUSAB acepto que esta autorización estará vigente a partir del momento en que la acepto y durante el tiempo en que FEDUSAB ejerza las actividades propias de su objeto social. Las presentes prácticas estarán vigentes hasta su modificación, que se entenderá efectiva y notificada en el momento en que sea publicada en cualquiera de los sitios que establezcan. Por lo tanto, FEDUSAB se reserva el derecho de hacer las modificaciones que considere necesarias sin dar previo aviso a los Asociados. Para consultas, reclamos, quejas o para el ejercicio de los derechos como usuario o cliente, puedo comunicarme a gerencia.fedusab@usbmed.edu.co a la línea 514 56 00 Ext.4891 En el horario de Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:0 p.m; o radicarla directamente en nuestra oficina ubicada en la 56C N° 51 110 Barrio San Benito – Medellín -Antioquia.

También autorizo que las comunicaciones e información relacionada con los servicios que tengo con FEDUSAB me sean entregados por medios de comunicación válidamente aceptados tales como, e-mail, mensajes de texto, comunicados escritos, entre otros. 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 FEDUSAB o con quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor. Autorizo a FEDUSAB para que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para adelantar actividades comerciales, institucionales, de seguimiento, recuperación de obligaciones y en general para el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio.

### DECLARACIÓN

Yo obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí es cierto, declaro:

- Que mi actividad económica, laboral, profesión u oficio es lícito y lo ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano.
- Que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
- Que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas y que los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes \_\_\_\_\_
- Que los recursos que se deriven durante el desarrollo del vínculo que suscriba con FEDUSAB no se destinaran a la Financiación del terrorismo o de grupos armados para el desarrollo de actividades terroristas.
- Que autorizo a FEDUSAB a terminar unilateralmente todo vínculo jurídico o exigir en forma anticipada el pago de cualquier obligación en caso de sospecha en la realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre lavado de activos o financiación del terrorismo o porque aparezca mi nombre o identificación en las listas restrictivas o vinculantes.
- Que por lo tanto eximo a FEDUSAB de toda responsabilidad que se derive por la información errónea o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente.
- Que conozco y aplico las normas de prevención de lavado de activos y financiación de terrorismo y no permitiré que terceros realicen transacciones en los productos de FEDUSAB, o entreguen a mi nombre, fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas a favor de personas involucradas con las mismas.

### LIBRANZA

Autorizo (amos) al pagador de la empresa a la cual presto (amos) mis (nuestros) servicios, para que de mi (nuestro) salario y/o compensación, se deduzca la cuota semanal, quincenal o mensual correspondiente al valor de los aportes obligatorios ahorrados en FEDUSAB, la cuota que se genere en caso de ser aprobado el crédito solicitado, los ahorros voluntarios y demás obligaciones que adquiriera a través del FONDO DE EMPLEADOS DE SAN BUENAVENTURA. Por concepto del crédito aprobado incluidos los intereses corrientes, por mora y gastos de cobranza, en concordancia con los artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989.

De igual forma, autorizo(amos) al pagador de la empresa para la cual laboro (amos), al Fondo de Empleados FEDUSAB y al Fondo de pensiones y cesantías al cual estoy (amos) afiliado(s), para que en caso de finalizar mi (nuestro) contrato de trabajo, se deduzca de los salarios, compensaciones, prestaciones sociales legales, extralegales, cesantías indemnizaciones, bonificaciones, liquidación definitiva y cualquier otro pago recibido de las empresas, de la mesada pensional, de los aportes obligatorios y demás ahorros que tenga en FEDUSAB, las sumas de dinero adeudadas al Fondo de Empleados.

### OTRAS DECLARACIONES

1. Si se presentan cambios en los datos consignados, me obligo a informarlos oportunamente a FEDUSAB y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. 2. Manifiesto que acato las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen FEDUSAB. De igual forma, acato las decisiones que en desarrollo de las actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración. 3. El titular del crédito, está ampliamente enterado de que el Fondo a través de una compañía aseguradora, tomará una póliza de seguro de vida deudores, amparando contra el riesgo de muerte a los titulares del crédito, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y demás estipulaciones consignadas en la póliza de seguro. 4. Autorizo expresamente a la Empresa de la cual soy empleado, para consultar la información financiera relacionada con los productos que he adquirido con FEDUSAB, para pago a través de descuento de nómina. 5. Autorizo a FEDUSAB a cancelar unilateralmente y de manera inmediata la asociación a estas entidades como también mis ahorros obligatorios y demás modalidades de depósito, por la información errónea, falsa e inexacta que yo hubiera proporcionado. 6. Es mi decisión personal y voluntaria cumplir los requisitos exigidos para hacerme asociado de FEDUSAB, en esa condición declaro mi adhesión al acuerdo Cooperativo, los estatutos y demás normas que lo regulan. Me comprometo igualmente a conocer, practicar y fomentar la filosofía y pensamiento solidario y aceptar la responsabilidad que me corresponde como deudor y/o codeudor de las obligaciones que adquiriera con FEDUSAB. 7. Certifico que la información suministrada en este formulario es verídica y autorizo al Fondo de Empleados SAN BUENAVENTURA para que la Verifiquen. Autorizo al área de Gestión Humana de la empresa \_\_\_\_\_ a la cual estoy vinculado, para que le brinde información y documentación requerida para la vinculación al Fondo de Empleados SAN BUENAVENTURA.

### FIRMA Y HUELLA

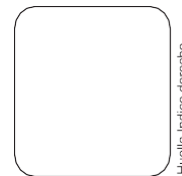
Realiza operaciones en moneda extranjera  SI  NO **Cuáles:** \_\_\_\_\_

Posee cuentas en moneda extranjera  SI  NO **N° cuenta** \_\_\_\_\_ **Banco** \_\_\_\_\_ **Moneda** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **País** \_\_\_\_\_

QUIEN SUMINISTRE INFORMACION QUE NO CORRESPONDA A LA REALIDAD INCURRE EN EL DELITO DE FALSEDAZ EN DOCUMENTO PRIVADO Arts 289-290 CP. ACEPTO Y AUTORIZO MI AFILIACIÓN A LA ENTIDAD.

FIRMA ASOCIADO

CC: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_



### ESPACIO EXCLUSIVO PARA FEDUSAB

USO EXCLUSIVO DEL ASESOR QUE REALIZA LA VINCULACIÓN

| ENTREVISTA   | FECHA  | Día | Mes | Año | LUGAR | HORA | AM <input type="checkbox"/> | PM <input type="checkbox"/> | FECHA                    | Día                               | Mes | Año | LUGAR | HORA | AM <input type="checkbox"/> | PM <input type="checkbox"/> |
|--|--|-----|-----|-----|-------|------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----|-----|-------|------|-----------------------------|-----------------------------|
|  | De acuerdo a la normatividad Sarlaft, considera que el asociado representa algún riesgo para la empresa en LAFT. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |     |     |     |       |      |                             |                             |                          | OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN: |     |     |       |      |                             |                             |
| ¿Considera que el solicitante es un PEPS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |  |     |     |     |       |      |                             |                             |                          |                                   |     |     |       |      |                             |                             |
| Si en alguna de las preguntas anteriores marco SI, justifique los motivos:   |  |     |     |     |       |      |                             |                             |                          |                                   |     |     |       |      |                             |                             |
| Certifico que lleve a cabo el proceso establecido para conocimiento del asociado y que le indique las políticas establecidas para LAFT.                                    |  |     |     |     |       |      |                             |                             |                          |                                   |     |     |       |      |                             |                             |
| NOMBRE _____ CARGO _____   |  |     |     |     |       |      |                             |                             | NOMBRE _____ CARGO _____ |                                   |     |     |       |      |                             |                             |
| FIRMA _____  |  |     |     |     |       |      |                             |                             | FIRMA _____              |                                   |     |     |       |      |                             |                             |
| El solicitante es aceptado como asociado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Fecha de ingreso al sistema como asociado: Día _____ Mes _____ Año _____ |  |     |     |     |       |      |                             |                             |                          |                                   |     |     |       |      |                             |                             |

### DOCUMENTOS ANEXOS

ASOCIADO VINCULADO

- Fotocopia de la Cédula.
- Comprobante de Pago (Colilla).

ASOCIADO INDEPENDIENTE

- Fotocopia de la Cédula.
- Constancia de ingresos (Carta laboral, certificado de ingresos y retenciones).
- Declaración de Renta último año. Independiente declarante.