

FORMULARIO DE VINCULACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS



FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS"

FORMATO 5

Fecha de Diligenciamiento		
Año	Mes	Día
AAAA	MM	DD

Oficina/Agencia	Caja	Carpeta

HOJA DE VIDA ASOCIADO N° _____ Solicitud Ingreso: ☐ Reingreso: ☐ Actualización: ☐

VÍNCULO ESTATUTARIO

Yo, _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con la presente solicito se me admita como Asociado (a) del FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" y expreso que cumplo con los requisitos para ser asociado y que conozco y me someto a sus estatutos y reglamentos. Declaro que mi vínculo estatutario está dado por: ☐ UNIVERSIDAD DE CALDAS ☐ OTRA UNIVERSIDAD ¿CUAL? _____

DATOS BÁSICOS

Tipo de Identificación: C.C ____ C.E ____ Otra: _____ No. de Identificación: _____
Fecha Expedición: Lugar de Expedición: País _____ Departamento _____ Municipio _____
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

DATOS DE LOCALIZACIÓN

Información de Residencia
Tipo de Residencia: Rural: ☐ Urbana: ☐ Dirección de Residencia: _____
Barrio de Residencia: _____ Ciudad de Residencia: _____
Teléfono de Residencia: _____

Información de correspondencia
¿Desea utilizar los datos de la información de residencia? Si ☐ No ☐
En caso de **No** utilizar sus datos de residencia, por favor indicar los datos de su dirección de correspondencia.

Dirección de correspondencia
Tipo de Correspondencia: Rural: ☐ Urbana: ☐ Ciudad de Correspondencia: _____
Dirección de Correspondencia: _____ Barrio de Correspondencia: _____
Teléfono de Correspondencia: _____

E-mail*: _____

* Es necesario referenciar un correo electrónico dado que es el medio de comunicación más efectivo para estar al día en la información del Fondo y sus servicios. Así como para acceder a los portales virtuales como la página web y portal transaccional.

DATOS GENERALES

Número de teléfono principal: _____ Actividad económica CIU: _____
Fecha de nacimiento: País de Nacimiento: _____
Ciudad de Nacimiento: _____ Sexo F ____ M ____

Nivel Educativo: Ninguno ____ Universitario ____ **Profesión:** _____
Primaria ____ Especialización ____
Bachillerato ____ Maestría ____
Técnico ____ Doctorado ____
Tecnológico ____ Postdoctorado ____

Estado Civil: Soltero (a) ____ Viudo (a) ____
Casado (a) ____ Divorciado (a) ____
Unión Libre ____ Separado(a) ____
Otro: ¿Cuál? _____

Tipo de vivienda: Propia ____ **Estrato:** _____
Arrendada ____ **Antigüedad en la vivienda (meses):** _____
Familiar ____ **Gastos de vivienda: \$** _____
Hipoteca ____ Otro _____

INFORMACIÓN LABORAL

Tipo de Empresa: Pública ____ **NIT de la Empresa:** _____
Privada ____ **Nombre de la Empresa:** _____
Mixta ____ **Actividad Económica:** Cooperativo ____ Financiero ____ Real ____
Familiar ____ **Dependencia** _____
Cargo : _____

Tipo de Contrato:

Indefinido _____

Catedrático _____

Provisional _____

Ocasional _____

Libre Nombramiento _____

Planta temporal especial _____

Término fijo _____

Otro tipo de contrato. ¿Cuál? _____

Fecha de Ingreso:

DD / MM / AAAA _____

Jornada laboral:

Tiempo Completo _____

Medio tiempo _____

Por horas _____

Ubicación de la empresa:

Urbana _____

Rural _____

Dirección de la empresa:

Celular Empresa:

Teléfono de la Empresa:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Tipo de Identificación:

C.C _____

C.E _____

Otra: _____

No. de Identificación:

Fecha Expedición:

DD / MM / AAAA _____

Lugar de Expedición:

País: _____

Departamento _____

Municipio _____

Primer Nombre:

Segundo Nombre:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de nacimiento:

DD / MM / AAAA _____

Lugar de Nacimiento:

Ciudad _____

Departamento _____

Sexo

F _____

M _____

Edad del cónyuge:

E-mail:

Ocupación:

Dirección de residencia

Celular:

Estrato:

Información Laboral

Empresa:

Teléfono de la Empresa:

Cargo:

Tipo de contrato:

Antigüedad (meses):

EXTENSIÓN DE SERVICIOS

Los servicios de previsión, solidaridad, bienestar social y educación, podrán extenderse a los padres, compañeros permanentes e hijos que dependan económicamente del asociado. Los hijos hasta los 18 años o hasta los 25 años si acreditan vinculación a una institución de educación formal de cualquier nivel, y aquellos que por incapacidad física o mental debidamente demostrada dependan del asociado. Se debe anexar documentación soporte.

Nombres y Apellidos	Identificación	Parentesco	Fecha nacimiento

PARENTESCO

1. ¿Es mujer cabeza de familia ?

Si _____

No _____

2. ¿Tiene parentesco con empleados de la Universidad?

Si _____

No _____

3. ¿Es familiar de un miembro de la administración de Foncaldas?

Si _____

No _____

4. ¿Es familiar de una persona expuesta publicamente (PEPs)

Si _____

No _____

5. ¿Es familiar de un miembro de control de Foncaldas?

Si _____

No _____

Junta Directiva _____

Comité de Control Social _____

Revisoria Fiscal _____

Si su respuesta es **Si** para alguna de las preguntas (Desde la N° 2) por favor diligenciar lo siguiente:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Tipo Identificación	No. Identificación

INFORMACIÓN ECONÓMICA

El registro de esta información es de carácter reservado y de uso exclusivo para el Fondo. No se transmite, ni se difunde o comunica con otras entidades. Esta información facilita la prestación eficiente de nuestros servicios.

Ingresos Mensuales			Egresos		
	Solicitante	Cónyuge		Solicitante	Cónyuge
Sueldo	\$ _____	\$ _____	Cuota Hipoteca	\$ _____	\$ _____
Honorarios	\$ _____	\$ _____	Cuota tarjeta de crédito	\$ _____	\$ _____
Arrendamientos	\$ _____	\$ _____	Cuota otros préstamos	\$ _____	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	\$ _____	Gastos familiares/Arriendo	\$ _____	\$ _____
Total ingresos	\$ _____	\$ _____	Descuentos por nómina	\$ _____	\$ _____
Descripción otros ingresos:			Total egresos	\$ _____	\$ _____

ACTIVOS

SOLICITANTE

Ahorros o CDAT´s

\$ _____

Inversiones

\$ _____

Bienes Raíces

\$ _____

Vehículo

\$ _____

Otros Activos

\$ _____

Total activos

\$ _____

PASIVOS

SOLICITANTE

Deudas financieras/Bancos

\$ _____

Deudas Con Cooperativas (Excepto Foncaldas)

\$ _____

Deudas con Terceros

\$ _____

Otros pasivos

\$ _____

Total pasivos

\$ _____

INFORMACIÓN TRANSACCIONES Y PRODUCTOS EN EL EXTERIOR

¿Maneja moneda extranjera?

Si ____ No ____ ¿Cuál(es)? _____

Número de cuenta	Nombre del Banco	Pais	Ciudad	Moneda	Transacción que realiza

¿Posee productos financieros en el exterior?

Si ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Tipo de producto	No. de producto	Pais	Ciudad	Moneda

INFORMACIÓN ACTIVOS/BIENES

Código	Tipo de activo	Descripción	Fecha adquisición	Valor comercial	Estado

INFORMACIÓN ADICIONAL

Declara Renta

Si ____ No ____

¿En el pasado, ha estado vinculado a Foncaldas como asociado?

Si ____ No ____

Fecha del último retiro

DD / MM / AAAA

Defina porcentaje de ahorros y aportes entre el 3% y el 10%

PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEPs)

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?

Si ____ No ____

¿Por su actividad y oficio, goza usted de reconocimiento público?

Si ____ No ____

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada expuesta públicamente?

Si ____ No ____

¿Administra Recursos Públicos?

Si ____ No ____

¿Es miembro de la administración?

Si ____ No ____

¿Es miembro de control?

Si ____ No ____

¿Es asociado a otra organización solidaria?

Si ____ No ____

¿Ha ocupado cargos directivos en organizaciones solidarias?

Si ____ No ____

AUTORIZACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo al FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" a realizar reportes positivos y negativos, procesar, solicitar, y divulgar información comercial, financiera y crediticia a operadores administrativos de bases de datos, entidades financieras crediticias y centrales de Riesgo legalmente establecidas. Solicitar y consultar, con fines estadísticos, de control de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial en general, y especialmente la información relativa al cumplimiento y/o mora de obligaciones que se encuentre disponible en la y/o o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior. Esta autorización se extiende a estas administradoras u operadoras de bancos de datos, entidades financieras o crediticias y centrales de Riesgo legalmente establecidas. Autorizo descontar el 0.5% del salario devengado como cuota de sostenimiento del Hotel Campestre Villa Beatriz.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo al FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" con NIT 890.801.733-7, para que directamente o a través de un tercero recolecte, almacene, circule y utilice mis Datos Personales, para las finalidades generales de todos los Grupos de Interés y las específicas para Asociados y Beneficiarios contenidas en la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales, la cual declaro conocer y entender, y como tal, forma parte integral de la presente autorización y está siempre a disposición para su consulta en la página web [www.foncaldas.com](#). Asimismo, declaro que soy mayor de edad y Titular de los datos suministrados y que los mismos son exactos, veraces y completos. Manifiesto que me fueron informados mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y solicitar que se supriman mis datos personales en los casos que proceda conforme a las normas vigentes, o de revocar mi autorización para alguna(s) de las finalidades contenidas en la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales, salvo en los casos que tenga un deber legal o contractual de permanecer en las bases de datos. Declaro que me fue informada mi facultad para autorizar el tratamiento a mis datos sensibles, entendidos estos como aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido pueda generar su discriminación, tales como los datos biométricos (huella dactilar, el iris del ojo, voz, forma de caminar, palma de la mano o los rasgos del rostro) y cualquier dato personal de Niños, Niñas y/o Adolescentes, entre otros. Finalmente, manifiesto que, en caso de requerir información adicional, podré comunicarme con el Responsable del Tratamiento, a través del correo electrónico contacto@foncaldas.com, o directamente en las instalaciones del Responsable del Tratamiento ubicadas en Manizales en la Calle 60 No. 25 – 01. En caso tal de suministrar datos de mis beneficiarios y de brindar referencias personales, por medio de la presente, me comprometo a contar con su autorización en estos mismos términos, para que el Responsable del Tratamiento pueda Tratar sus Datos Personales.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que:

1. La informacón suministrada a el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS"es auténtica y veraz, por lo tanto la autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos.

2. Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades lícitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos.

3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes.

4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS", sin que tal hecho genere responsabilidad para el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS".

5. El FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos.

6. Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS", provienen de actividades lícitas.

ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMETRÍA

Acepto utilizar el sistema biométrico cada que realice operaciones de acuerdo con los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, el cual es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Por lo tanto, autorizo que en cada operación que realice o ejecute, se valide con mi huella dactilar, la cual tendrá los mismos efectos y por lo tanto, sustituye o reemplaza mi firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad y como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Fui informado que la(s) huella(s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podrán ser recolectadas y almacenadas en una base de datos del FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS", o donde corresponda, para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o cuando haga uso de un servicio ofrecido. Asimismo, el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" queda autorizado para solicitar y refrendar mi huella. Acepto que en caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento del FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" so pena de que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS" pueda tomarme fotografías y/o grabaciones cuando realice alguna transacción y haga uso de la misma para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS". La anterior autorización se extiende a mi(s) beneficiario(s) o terceros debidamente acreditados, para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio al cual se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis Datos Biométricos, así como en el evento que se utilice cualquier otro medio adicional de identificación. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operación realizada con el FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS".

ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

Firma del Asociado	Huella Índice Derecho	Diligenció	Fecha verificaciòn		
			Año	Mes	Día
			Nombre quien verificó		
			Firma quien verificó		

EXCLUSIVO PARA EL ENTE PATRONAL EL CUAL CORRESPONDE EL ASOCIADO

El solicitante presta servicios en _____, en el cargo _____ y certifica que el salario devengado del solicitante es de \$ _____ y que su tipo de contrato es _____ dependencia _____

Fecha de ingreso o inicio del contrato:	DD/MM/AAAA	Fecha de terminación:	DD/MM/AAAA	
Firma quién verifica y valida datos	Fecha de expedición			Firma y sello del ente Patronal
	Año	Mes	Día	Hora

ESPACIO RESERVADO PARA EL FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE CALDAS "FONCALDAS"

Resultado de la visita o entrevista al asociado

Lugar	Fecha			Hora	Nombre y cargo de la persona que realiza la entrevista y confirma las referencias	Persona Expuesta Públicamente PEP
	Año	Mes	Día			
						Si__ No __

Concepto

RESULTADO DE AFILIACIÓN EXCLUSIVO PARA FONCALDAS

Lugar:		
Resultado	ACEPTADO	RECHAZADO
Aprobó en Junta Directiva No. Acta _____ Fecha: _____	Visto Bueno Sarlaft:	Causal de rechazo:
Nombre Asesor :	Nombre quien verifica:	Nombre quien verifica:
Firma Asesor	Firma quien verifica:	Firma quien verifica:
Observaciones:	Observaciones:	Observaciones:

DOCUMENTOS ANEXOS:

- * Fotocopia del Documento de Identidad

☐
- * Fotocopia último desprendible de pago

☐
- * Certificación laboral que incluya: tipo de contrato, salario, antigüedad y cargo.

☐
- * Declaración de renta del último período gravable disponible (obligatorio si declara renta).

☐
- * Fotocopia documento de identidad cónyugue (si aplica) y certificado de unión marital.

☐
- * Fotocopia documentos de identidad de beneficiarios.

☐