



FONDO DE EMPLEADOS DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA "FEUA"

NIT. 830,014,531-1

CÓDIGO	FEUA-FOR-002
ANEXO	ANEXO No. 2
VERSIÓN	3
FECHAVERSIÓN	2021/03/01
PAGINA	1 de 3

AFILIACIÓN	<input type="text"/>	ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------------------------------	----------------------

FECHA	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>	CODIGO	<input type="text"/>
--------------	----------------------	---------------	----------------------	---------------	----------------------

1. INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS	<input type="text"/>				C.C. No.	<input type="text"/>	DE	<input type="text"/>		
EXPEDICIÓN DOCUMENTO	DIA	<input type="text"/>	MES	<input type="text"/>	AÑO	<input type="text"/>	CIUDAD EXPEDICIÓN	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	<input type="text"/>	MES	<input type="text"/>	AÑO	<input type="text"/>	NACIONALIDAD	<input type="text"/>	GENERO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
CARGO	<input type="text"/>				EMPRESA DONDE LABORA	<input type="text"/>				
DIRECCIÓN OFICINA	<input type="text"/>						NIVEL EDUCATIVO	<input type="text"/>		
No. DE PERSONAS A CARGO	<input type="text"/>	VIVIENDA PROPIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POSEE VEHÍCULO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	<input type="text"/>						BARRIO	<input type="text"/>		
CIUDAD	<input type="text"/>		ESTRATO SOCIAL	<input type="text"/>		No. DE HIJOS	<input type="text"/>	CABEZA DE FAMILIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TELÉFONO RESIDENCIA	<input type="text"/>			CORREO ELECTRÓNICO	<input type="text"/>					
No. CELULAR	<input type="text"/>			PROFESION	<input type="text"/>					

2. INFORMACION FAMILIAR (Conyuge , padres o hijos)

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCOS	No. TELÉFONO Y CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

3. DATOS LABORALES

NOMBRE EMPRESA	<input type="text"/>				SIGLA	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DE OFICINA	<input type="text"/>			TELÉFONO	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO LABORAL:	<input type="text"/>				SALARIO	<input type="text"/>	
TIPO DE CONTRATO:	FIJO <input type="checkbox"/>	INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	SERVICIOS <input type="checkbox"/>	INGRESO A LA EMPRESA <input type="text"/>			
OTROS PAGOS HONORARIOS ,RENTAS, PENSION	\$ <input type="text"/>	PROVIENEN DE <input type="text"/>	DECLARA RENTA <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
ENTIDAD BANCARIA (TRANSFERENCIAS)							
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	AHORRO <input type="checkbox"/>	No. <input type="text"/>	BANCO <input type="text"/>			

4. APOORTE Y AHORRO MENSUAL

Autorizo a la **FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA** a descontar, el 5% de mi salario basico correspondiente al aporte ordinario y ahorro permanente a partir de mes de _____, a su vez aitorizo a la FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA para que mes sea descontado la suma de (\$ _____) pesos, a partir del mes de _____ por concepto de AHORRO ADICIONAL

5. SITUACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES			
Fijos por Salario o Pensión	<input type="text"/>	Obligaciones financieras	<input type="text"/>				
Variables por actividad	<input type="text"/>	Gastos familiares	<input type="text"/>				
Otros ingresos	<input type="text"/>	Otros egresos	<input type="text"/>				
TOTAL INGRESOS	<input type="text"/>	TOTAL EGRESOS	<input type="text"/>				
ACTIVOS				PASIVOS			
TIPO DE ACTIVO	VALOR COMERCIAL	HIPOTECA/ PRENDA	DEUDAS	SALDO	ENTIDAD		
Casa - apto - lote	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hipotecas	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Carro	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tarjetas de crédito	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Inversiones	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otras obligaciones	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Otro bien	<input type="text"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Terceros	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
TOTAL ACTIVO	<input type="text"/>		TOTAL PASIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

5. DATOS DE CONTROL SARLAFT

¿Realiza operación en moneda extranjera?	SI	NO	Detalle Tipo de operaciones:	
¿ Es persona Políticamente Expuestas (PEPS)?	SI	NO	¿ Cuando?	Cargo
¿ Goza de reconocimiento público?	SI	NO	Explique brevemente	
¿ Tiene vinculo con una PEP?	SI	NO	¿ Con quién?	Cargo
¿ Tiene 2 grado de consanguinidad con una PEP?	SI	NO	¿ Con quién?	Cargo
¿ Maneja recursos del sector público?	SI	NO	Descripción:	
¿ Ejerce poder público?	SI	NO	Descripción:	
Actividad economica			Descripción:	
¿ Esta obligado a declarar en otro pais?	SI	NO	Descripción:	
REALIZA OPERACIONES EN MONEDAS EXTRANJERA		NO	SI	Ciudad/ País
Banco	TIPO DE CUENTA		Moneda	No de cuenta
¿ Importa?	SI	NO	Descripción:	
¿ Exporta?	SI	NO	Descripción:	
¿ Tiene Inversiones en moneda extranjera?	SI	NO	Descripción:	
¿ Otros, bienes en moneda extranjera?	SI	NO	Descripción:	
Monto de operaciones en moneda extranjera				
¿ Declara que no realiza operaciones en moneda extranjera ?	SI	NO		
¿ Declaración FACTA o SARA?	SI	NO		

6. DESCRIPCION DE LA RELACION CON LA ENTIDAD

SERVICIO PRESTADO		MONTO	
LUGAR		TELEFONO	
REFERENCIA PERSONAL CLIENTE			
REFERENCIA PRINCIPAL			
REFERENCIAS PROVEEDOR			
REFERENCIA BANCARIA			

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS (DILIGENCIAR ESPACIO EN BLANCO)

Declaro expresamente que: 1.) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes. (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

2.) tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano. 3.) Certifico que los recursos que se deriven del vínculo de asociado no se destinarán a actividades ilícitas , ni a la financiación del terrorismo.

8. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO

Autorizo realizar la entrega de los aportes y ahorros que tenga a mi favor en el Fondo de empleados en caso de muerte o incapacidad permanente a la (s) siguiente (s) persona (s), con el fin que en caso de fallecimiento no realizar trámites jurídicos adicionales y sean girado directamente . En caso contrario seran entregados de acuerdo a lo establecido por ley.

NOMBRE	CEDULA	%	PARENTESCO	TELEFONO Y/O CELULAR

9. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR LIBRANZA Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL

*** Autorizo a pagaduría de la entidad donde me encuentre , para que sea descontado de mí salario, pensión, honorarios el valor de la cuota de aportes, ahorros o cualquier otra obligación contraída.

*** Autorizo descuentos indirectos determinados por estatutos y aprobados por asambleas como cuotas extraordinarias, actividades y cualquier otra que de origen al vínculo de asociación. *** Autorizo mi retiro, en caso de encontrarme relacionado en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo

*** En caso de retiro de la empresa patronal, autorizo sea descontado de mis prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, salarios, honorarios, pensión y cualquier otro valor a mi favor los saldos de créditos y demás obligaciones legales que me encuentre con FEUA.

10. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

***Autorizo el manejo, uso y reporte de datos personales de acuerdo a lo contemplado en el decreto 1377del 27 junio de 2013- reforma parcial ley 1581 de 2012 Ministerio de Industria y Comercio

***Autorizacion especial datos personales sensibles: Declaro que he sido suficientemente informado que con ocasión de mi vinculación a " FEUA" se recolectarán mis huellas dactilares y que dicha actividad es considerada por la ley como tratamiento de datos sensibles. Igualmente he sido informado que los datos sensibles que serán tratados son con el propósito de identificarme fehacientemente y tener certeza sobre mi identidad.

***Autorizo mi retiro, en caso de acogerme a la ley de insolvencia personas naturales y/o encontrarme en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo

11. AUTORIZACIONES DE CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO O BANCO DE DATOS

El abajo firmante, en su propio nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a "FEUA", o a quien en el futuro haga sus veces como acreedor del crédito o servicio solicitado, para:

a) Consultar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgo o en cualquier otra base de datos manejada por un operador, toda la información relevante para conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener con el una relación contractual, o para incluirlo en actividades como la realización de campañas de mercadeo, ofrecimiento de productos y publicidad en general.

b) Reportar a Centales de riesgos o a cualquier otra base de datos tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, sus deberes legales de contenido patrimonial, sus datos de ubicación y contacto, sus solicitudes de crédito así como otra información pertinentes a sus relaciones comerciales, financiera y en general socioeconómicas o que conste en registros públicos, base de datos públicos o documentos públicos.

La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o a su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad, en Centales de riesgo, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a que se informe sobre las correcciones futuras.

12. OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Eximo a "FEUA" de cualquier responsabilidad derivada por la información incompleta o no veraz entregada por mi dentro del desarrollo de las actividades de "FEUA".

13. FIRMA DEL SOLICITANTE					14. ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONDO DE EMPLEADOS DE FEUA																
FIRMA REGISTRADA EN FEUA No. CEDULA					HUELLA					NUEVO		REINTEGRO		último retiro							
										VERIFICACIONES					OBSERVACION						
										Recursos Humanos					SI	NO					
										Listados restrictivos (LA/FT)					SI	NO	OFAC Y ONU				
										Antedentes diciplinarios					SI	NO					
ENTREGA DE DOCUMENTOS					SI	NO	FIRMA Y FECHA DE QUIEN VERIFICA					FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO									
* Anexa fotocopia cédula de ciudadanía.							FRIMA Y FECHA DE QUIEN ACTUALIZA ACTA No. _____					V.B. ADMINISTRACIÓN "FEUA"									
* Anexa desprendible de pago																					
* Anexa certificación de nómina o servicios																					