

SOLICITUD DE ADMISIÓN DE NUEVOS ASOCIADOS



¡Impulsa tu Bienestar!

VA-001
V.009

NIT. 890.312.775-8
www.fetrabuv.com - WhatsApp N° 313 749 47 80
Sede Melendez. Calle 13 N° 100 - 00 PBX: 3314191 Ext:2001
Sede San Fernando. Carrera 36 N° 4A - 30 PBX: 3314191 Ext:3001

Apreciado asociado, el formato debe ser diligenciado totalmente en letra imprenta o en computador, sin tachones, ni enmendaduras. De no poseer información en algún campo para su caso, por favor colocar una raya o escribir N.A. (NO APLICA).

Este formato nos permite realizar el proceso de **Vinculación de un Nuevo Asociado**, para dar cumplimiento a las disposiciones de la Superintendencia de la Economía Solidaria en materia regulatoria para la prevención del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DD: MM: AÑO:

USO EXCLUSIVO DE FETRABUV

TIPO DE SOLICITUD :	Ingreso	Reingreso	Fecha 1er retiro	DD	MM	AAAA	Fecha 2do retiro	DD	MM	AAAA
----------------------------	---------	-----------	------------------	----	----	------	------------------	----	----	------

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y apellidos:										
Tipo identificación:	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>			No. Identificación:				
Fecha de nacimiento:	DIA:	MES:	AÑO:			Ciudad de nacimiento:				
Fecha de expedición de la cédula de ciudadanía:	DIA:	MES:	AÑO:			Ciudad de expedición:				
Nacionalidad:										
Dirección:							Barrio:			
Departamento:					Municipio /ciudad:					
No. Celular:			No. Teléfono(s):			Correo electrónico personal:				
Estado Civil:	Soltero	Separado	Casado	Divorciado	Viudo	Unión Libre	Estrato:		Colocar el número del estrato	
Nivel Académico:	Primaria	Bachillerato	Técnico	Tecnológico	Profesional	Especialización	Magister	Doctorado	Ninguno	
Título obtenido:										
Actividad Económica:	Asalariado / CIU 0010		Juilado / CIU 0081			Envío Correspondencia:		Oficina	Residencia	Correo electrónico
Tipo de Vivienda	Propia		Alquilada			Patrimonio Familiar		Otro:		

2. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde labora:	Universidad del Valle	Estado laboral:	Activo	Jubilado	Tipo de Contrato:		Colocar el tipo de contrato			
Sueldo Mensual:	Fecha de Ingreso		DD	MM	AAAA	Fondo de Cesantías:				
Dependencia:					Sección:					
Oficina:					Edificio:					
Cargo que desempeña:					Teléfono:					
Correo electrónico institucional:										
Municipio donde labora:	Cali	Buga	Yumbo	Zarzal	Sede donde labora:	Meléndez	San Fernando	Buga	Yumbo	Zarzal

Otra dirección, ¿cuál?:

3. INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA

¿Posee otros ingresos mensuales?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Concepto de otros ingresos mensuales:						
Otros ingresos mensuales:		\$		TOTAL ACTIVOS:			\$			
Ingresos mensuales: (Derivados de su actividad principal)		\$		TOTAL PASIVOS:			\$			
Egresos mensuales		\$		TOTAL PATRIMONIO:			\$			
¿Es declarante de Renta?:			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mes y año de corte de información financiera suministrada:			Mes	Año	

4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuále(s):							
¿Posee cuenta en moneda extranjera?:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	N° Cuenta:			Banco:			Firma	Huella
		Ciudad:			País:						
		Moneda:									

5. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)

¿Es usted una persona que administra recursos públicos?:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	*Nota: Si alguna de las respuestas es afirmativa, el solicitante se encuentra en categoría PEP, por lo cual este formato debe contener el Vo. Bo. de la Junta Directiva según corresponda en el espacio destinado para ello.
¿Es usted una persona que ejerce algún grado de poder público?:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
¿Es usted una persona de reconocimiento público?:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
¿Es usted familiar de una persona expuesta públicamente expuesta?:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	

Indique nombre completo: _____ **C.C.** _____ **Parentesco:** _____

6. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Nombres y apellidos:					
Tipo identificación:	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	No. Identificación:	
Fecha de nacimiento:	DIA: _____	MES: _____	AÑO: _____	Ciudad de nacimiento:	
Fecha de expedición de la cédula de ciudadanía:	DIA: _____	MES: _____	AÑO: _____	Ciudad de expedición:	
Dirección donde labora:				Teléfono donde labora:	

7. BENEFICIARIOS SEGÚN EL REGLAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL

Asociado Casado: Cónyuge o compañero permanente y los hijos hasta los dieciocho (18) años o hasta veinticinco (25) años si se encuentran estudiando o, de forma permanente, hijos en condición grave de discapacidad total, debidamente comprobada.

Asociado Soltero: Padres

Nombres y apellidos	Nº Documento	Parentesco	Fecha de nacimiento			Nivel académico	¿Trabaja?	EPS	¿Posee alguna discapacidad?
			DD	MM	AAAA				
			DD	MM	AAAA				
			DD	MM	AAAA				
			DD	MM	AAAA				
			DD	MM	AAAA				
			DD	MM	AAAA				

8. GRUPOS CONECTADOS

¿Tiene usted familiar(es) que también sea(n) asociado(s) a Fetrabuv?

Nombres y apellidos	Nº Documento	Parentesco

9. REFERENCIAS

PERSONAL	FAMILIAR
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Parentesco
Barrio:	Dirección:
Teléfono	Barrio:
Observaciones:	Teléfono
	Observaciones:

10. ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS?

REFERIDO POR:	Nombre del Asociado que lo refirió
Universidad del Valle	FETRABUV
Otro:	

11. AUTORIZACIÓN DE DESUENTO DE APORTES Y AHORROS PERMANENTES

APORTES	PERIODICIDAD DE DESCUENTO		FORMA DE PAGO		
Autorizo a Fetrabuv para que mensualmente deduzca el _____ % de mi salario o mesada (Mínimo 5%, y máximo 7%)	Mensual	Quincenal	Nómina	Caja	Débito Automático

12. COMPROMISOS

Para formar parte de la familia FETRABUV, Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____, me comprometo a actuar conforme a todos los principios de la Economía Solidaria, a pagar los aportes sociales y ahorros permanentes mínimos equivalentes al 5% del sueldo básico mensual o mesada, estar dispuesto a recibir todas las capacitaciones sobre educación solidaria que FETRABUV programe, aceptar las normas estatutarias y reglamentarias que rigen en FETRABUV y las que emanen de la Asamblea General y la Junta Directiva, todo asociado requiere la obligación de vincularse a la póliza colectiva de servicio funerario, de lo contrario debe certificar el servicio con otra entidad. Por último, me comprometo a actualizar anualmente los datos de acuerdo con las disposiciones en materia de SARLAFT expedidas por la Superintendencia de la Economía Solidaria.

13. DESCUENTOS

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía _____ autorizo a la entidad pagadora que deduzca de mi salario o mesada los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor de FETRABUV:

- a. Aportes Sociales b. Fondo de Solidaridad c. Créditos para cubrir los compromisos adquiridos con FETRABUV.

14. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS: Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria declaro que todo lo aquí consignado es cierto realizo la siguiente declaración de origen y destino de recursos, para dar cumplimiento a lo señalado por el Estatuto Orgánico del sistema financiero, las circulares emanadas de la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás exigencias de la ley, para la apertura y manejo de cuentas de ahorro, CDAT's, tarjetas de afinidad y créditos.

2. LOS RECURSOS QUE ENTREGUE A LA ENTIDAD PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES (Detalle ocupación, oficio, profesión, negocio, entre otros): _____

3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en cuentas a mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo a FETRABUV a que dé por terminado el Contrato de Ahorro Voluntario, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de información inconsistente o insuficiente que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. Autorizo a FETRABUV para consultar y reportar información a las Centrales de Riesgo o a quien represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor a reportar, actualizar, solicitar, consultar, y divulgar a las Centrales de Información, toda la información referente a mi comportamiento comercial. La presente autorización comprende no sólo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar y consultar información sobre mis relaciones y el origen de mis recursos con cualquier entidad.

6. Autorizo a FETRABUV para utilizar mis datos personales para prevención, control de fraude y para utilizar dichos datos en beneficio propio o de terceros con los cuales se haya celebrado convenio para envío y recepción de cualquier tipo de información con fines misionales o publicitarios propios de FETRABUV o de terceros en Colombia o en el exterior.

7. Autorizo a FETRABUV el envío de información a mis cuentas de correo electrónico y/o celular sobre los servicios y beneficios.

15. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

El titular de los datos personales aquí consignados tiene el derecho constitucional de conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre él en bases de datos o archivos y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma, el Decreto 1377 de 2013 por medio del cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 referente a la protección de los datos personales en Colombia y demás leyes que reglamenten este tema.

16. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

C.C.

HUELLA

USO EXCLUSIVO DE FETRABUV

17. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Certifico que recibí del solicitante la documentación exigida para la vinculación a FETRABUV y que realicé las verificaciones y controles establecidos en el procedimiento de calidad, Estatuto vigente y SARLAFT, y su información financiera es acorde con la actividad económica declarada, por lo anterior certifico que cumple con la totalidad de los requisitos exigidos y las respectivas verificaciones para asegurar el adecuado conocimiento del solicitante.

Ciudad:

Fecha entrevista:

DD

MM

AAAA

Hora:

Lugar de la entrevista:

Observaciones:

Nombre de quien realizó la entrevista, revisión de documentos y verificación de los datos y referencias

Firma de quien realizó la entrevista, revisión de documentos y verificación de los datos y referencias

Nº CC

Cargo

18. VERIFICACIÓN DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

Certifico bajo mi responsabilidad que he verificado la información suministrada por el solicitante y entregada por parte del analista responsable de la entrevista y cumple con todas las políticas y procedimientos establecidos en el Manual SARLAFT de FETRABUV para hacer efectiva su vinculación.

Ciudad:

Fecha:

DD

MM

AAAA

Hora:

Lugar:

Observaciones:

Nombre del Oficial de Cumplimiento

Firma del Oficial de Cumplimiento

Nº CC

19. Vo.Bo. POR PARTE DEL GERENTE GENERALAPROBADO: SI NO DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

20. Vo.Bo. POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA SEGÚN CORRESPONDA (CUANDO SE TRATE DE UN PEP)APROBADO: SI NO DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

21. ANÁLISIS DE LA JUNTA DIRECTIVA

Acta de Aprobación:		FECHA DE APROBACIÓN	DD	MM	AAAA
---------------------	--	---------------------	----	----	------

Observaciones:

_____ FIRMA DEL PRESIDENTE	_____ FIRMA DEL SECRETARIO
-------------------------------	-------------------------------

22. DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

1. Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%
2. Copia de la Resolución de Nombramiento para asociados activos
3. Dos (2) últimos desprendibles de nómina
4. Una (1) foto tamaño 3 x 4
5. Formato de Contrato de Mandato
6. Formato de autorización de consulta a las centrales de riesgo
7. Formato de vinculación al servicio funerario
8. Declaración de renta (si aplica)