

Este 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 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 Diligenciamiento DD MM AAAA Tipo de Solicitud Ingreso Reingreso

USO EXCLUSIVO DE FETRABUV

Primer Retiro DD MM AAAA Segundo Retiro DD MM AAAA NÚMERO DE RETIROS

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos						Nacionalidad			
Tipo de Documento	<input type="text"/>	Número de Identificación	<input type="text"/>	Lugar y Fecha Expedición	<input type="text"/>	Lugar	<input type="text"/>	DD	<input type="text"/>
								MM	<input type="text"/>
								AAAA	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento	Ciudad y Departamento				Fecha de Nacimiento	DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>
								AAAA	<input type="text"/>
Dirección Domicilio	<input type="text"/>				Barrio	<input type="text"/>		Estrato	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>	Departamento	<input type="text"/>	Correo Electrónico personal	<input type="text"/>				
Tipo Vivienda	Propia <input type="checkbox"/>	Alquilada <input type="checkbox"/>	Patrimonio Familiar <input type="checkbox"/>	Otro Cuál?	<input type="text"/>				
Teléfono Celular	<input type="text"/>		<input type="text"/>		Teléfono Residencia	<input type="text"/>			
Envío Correspondencia	Oficina <input type="checkbox"/>	Residencia <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico <input type="checkbox"/>	Otro Cuál?	<input type="text"/>				
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>			
Nivel Académico	Primaria <input type="checkbox"/>	Bachiller <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnológico <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Especialista <input type="checkbox"/>	Magister <input type="checkbox"/>	Doctor <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>
Profesión	<input type="text"/>				Actividad Económica	Asalariado/CIU 0010 <input type="checkbox"/>	Jubilado/CIU 0020 <input type="checkbox"/>		

2. INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Empresa donde Labora			Estado Laboral		Tipo de Contrato	
			Activo <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>		
Fecha Ingreso	DD <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	Dependencia	<input type="text"/>	
Sección	<input type="text"/>		Edificio	<input type="text"/>	Oficina	<input type="text"/>
					Teléfono Ext.	<input type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input type="text"/>		Municipio	<input type="text"/>	Departamento	<input type="text"/>
Salario Mensual	<input type="text"/>	Cargo	<input type="text"/>		Fondo Cesantías	<input type="text"/>
Correo Electrónico Corporativo	<input type="text"/>					

3. INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA

¿Posee otros ingresos mensuales?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Concepto de otros ingresos mensuales	<input type="text"/>								
Ingresos Mensuales derivados de su actividad principal	<input type="text"/>		Total Activos	<input type="text"/>								
Otros Ingresos Mensuales	<input type="text"/>		Total Pasivos	<input type="text"/>								
Egresos Mensuales	<input type="text"/>		Total Patrimonio	<input type="text"/>								
				<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Corte de la información financiera</th> </tr> <tr> <td>MM</td> <td><input type="text"/></td> <td>AAAA</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Corte de la información financiera				MM	<input type="text"/>	AAAA	<input type="text"/>
Corte de la información financiera												
MM	<input type="text"/>	AAAA	<input type="text"/>									
				¿Es declarante de Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Cuáles	<input type="text"/>			
¿Posee Cuenta en Moneda Extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
N° Cuenta	<input type="text"/>	Banco	<input type="text"/>	
Ciudad	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>	
Moneda	<input type="text"/>		Firma	Huella

5. PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Es usted una persona expuesta políticamente extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Es usted ordenador del gasto de la Universidad del Valle?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Es usted representante legal, presidente, director o tesorero de alguna organización política reconocida por la ley?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si contestó SI, favor indique el nombre en el siguiente campo:
Nombres y Apellidos	<input type="text"/>		C.C.
Código CIU	<input type="text"/>	Actividad económica	<input type="text"/>
		Parentesco	<input type="text"/>

6. INFORMACIÓN DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos	<input type="text"/>			Tipo Identificación	CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>
N° Identificación:	<input type="text"/>	Lugar y Fecha Expedición	<input type="text"/>	DD <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	Celular <input type="text"/>
Lugar y Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	DD <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	Dirección Laboral:	<input type="text"/>	

7. BENEFICIARIOS SEGÚN EL ESTATUTO

Para todos los efectos de grupo familiar, se entiende: su cónyuge o compañero permanente y los hijos hasta los dieciocho (18) años o hasta veinticinco (25) años si se encuentran estudiando, hijos en condición de discapacidad debidamente comprobada; en caso de no cumplirse las anteriores condiciones, podrá vincular a sus padres, de no contar con estos podrá vincular un hermano(a).

Nombres y Apellidos	N° Documento de Identidad	Parentesco	Fecha Nacimiento			Nivel Académico	¿Trabaja?	EPS	¿Posee alguna discapacidad?
			DD	MM	AAAA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. GRUPOS CONECTADOS

¿Tiene usted familiar(es) que también sea(n) asociado(s) a Fetrabuv en algunos de los siguientes vínculos? Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos). Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelo del cónyuge o compañero (a)). Primero civil (resultante de la adopción: padres y madre adoptante y el adoptivo).

Nombres y Apellidos	N° Documento de Identidad	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. REFERENCIAS

Personal		Familiar		Parentesco	
Nombres y Apellidos		Nombres y Apellidos			
Teléfonos de contacto		Teléfonos de contacto			
Observaciones de la llamada: _____			Observaciones de la llamada: _____		
-			-		
-			-		

10. ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS?

Referido por	<input type="text"/>	Universidad del Valle	<input type="checkbox"/>	Fetrabuv	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-----------------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------	----------------------

11. AUTORIZACIÓN DE DESUENTO DE APORTES Y AHORROS PERMANENTES

Aportes y Ahorro Permanente	Autorizo a Fetrabuv para que mensualmente deduzca el _____ % de mi salario o mesada (mínimo 5 %, y máximo 7 %)				
Periodicidad de Descuento		Forma de Pago			
<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Nómina	<input type="checkbox"/> Caja	<input type="checkbox"/> Débito Automático	<input type="checkbox"/>

12. COMPROMISOS

Para formar parte de la familia FETRABUV, Yo, _____ con documento de identidad N° _____ de _____, me comprometo a actuar conforme a todos los principios de la Economía Solidaria, acoger el contenido general de los Estatutos, Manuales del Sistema de Riesgo, del Código de Buen Gobierno y Código de Ética que pretende: a). Promover, a través de las prácticas de buen gobierno una mayor transparencia en la organización. b) Mejorar relaciones armónicas para que haya buena información y comunicación oportuna y eficaz entre toda la organización. A pagar los aportes sociales y ahorros permanentes mínimos equivalentes al porcentaje definido del sueldo básico mensual o mesada, estar dispuesto a recibir 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. El cubrimiento en la póliza Exequial, se generará a partir de la aprobación de la solicitud de afiliación del nuevo asociado en Fetrabuv y los servicios aplican de acuerdo a lo convenido con la entidad prestadora del servicio. Si el Asociado no desea ser incluido en la póliza, debe manifestarlo por escrito.

13. DESCUENTOS

Yo, _____ con documento de identidad N° _____ 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 y Ahorros Permanentes **B.** Fondo Mutual para Solidaridad **C.** Cuotas para cubrir los compromisos adquiridos.

14. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a Fetrabuv para que la verifique.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que soliciten. 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.

Nombres y Apellidos

N° Documento Identidad

Firma del Solicitante

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 Hora
 Fecha Entrevista DD MM AAAA
 Lugar Entrevista

Observaciones:

Información de quien realizó la entrevista, revisó los documentos, verificó los datos y las referencias

Nombres y Apellidos _____

N° Identificación: _____

Cargo _____

Firma _____

18. VERIFICACIÓN DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

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

Ciudad Hora
 Fecha DD MM AAAA
 Lugar

Observaciones:

Información del Oficial de Cumplimiento

Nombres y Apellidos _____

N° Identificación: _____

Firma _____

19. Vo.Bo. POR PARTE DEL GERENTE

Aprobado SI NO Fecha DD MM AAAA
 Nombres y Apellidos _____ Firma _____

20. Vo.Bo. POR PARTE DE LA JUNTA DIRECTIVA SEGÚN CORRESPONDA (CUANDO SE TRATE DE UN PEP)

Aprobado SI NO Fecha DD MM AAAA
 Nombres y Apellidos _____ Firma _____

21. ANÁLISIS DE LA JUNTA DIRECTIVA

N° Acta DD MM AAAA

Observaciones:

Firma Presidente

Firma Secretario (a)

22. DOCUMENTACIÓN SOLICITADA

1. Fotocopia de la cédula de ciudadanía
2. Fotocopia de la cédula de ciudadanía del cónyuge
3. Copia de contrato laboral o constancia de tipo de vinculación
4. Dos (2) últimos desprendibles de nómina
5. Una (1) foto tamaño 3 x 4
6. Contrato de Mandato
7. Autorización de consulta y reporte a centrales de riesgo y tratamiento de datos personales.
8. Vinculación al servicio funerario o carta de desistimiento de la cobertura.
9. Documento de servicios y beneficios para asociados contratistas de acuerdo al estatuto y reglamentación vigente. (Cuando aplique)