



FORMATO VINCULACION DE ASOCIADO

Tipo de Vinculación		Ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>		N° de Radicación		Fecha: DD MM A A A A	
Fecha de Solicitud		Fecha de Ingreso		Municipio		Departamento	
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
INFORMACION GENERAL							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer No9mbre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento		Lugar De Nacimiento		Nacionalidad		Sexo	
Año	M e s	Día			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Edad
Tipo de Identificación				Lugar de Expedición		Fecha de Expedición de la Cedula	
CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> No _____						Día Mes Año	
Correo electrónico donde llegara su Estado de Cuenta				Teléfono		Personas a Cargo	
						Adultos Menores de 18	
Estado Civil				Cabeza de Familia		Ocupación	
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión <input type="checkbox"/> Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	
Nivel Académico							
Primaria <input type="checkbox"/>		Bachiller <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/>		Tecnólogo <input type="checkbox"/>	
Pregrado <input type="checkbox"/>		Postgrado <input type="checkbox"/>		Maestrías <input type="checkbox"/>		Especialización <input type="checkbox"/>	
Doctorado <input type="checkbox"/>		En curso <input type="checkbox"/>		Ninguno <input type="checkbox"/>			
Estrato		Dirección Residencia Actual		Barrio		Ciudad	
1 2 3 4 5 6							
Tipo Contrato		Empresa donde labora		Cargo		Dirección donde labora	
T. Fijo <input type="checkbox"/> T. Indefinido <input type="checkbox"/>							
Culmi. obras <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>							
Fecha Ingreso a la Empresa		Salario		Entidad Bancaria		No. Cuenta Bancaria Tipo cuenta	
		\$				Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
% de Aportes a deducir de mi salario mensual							
3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10% Otros \$							

INFORMACION FINANCIERA							
Ingresos Mensuales Derivados de su Actividad Principal		\$		Total Activo		\$	
Otros Ingresos (Especificar)		\$		Total Pasivo		\$	
Egresos Mensuales		\$		Total Patrimonio		\$	
Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , en ese caso diligenciar la siguiente información							
Banco		No Cuenta		Ciudad		País Moneda	
Mes y Año de Corte de la Información Financiera		Mes ____ Año ____		Es Declarante		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos a "FEP UNIATLANTICO", con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de Financiación del Terrorismo:

- Declaro que los activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
- No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinatarios a la financiación del terrorismo.
- Eximo a "FEP UNIATLANTICO", de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
- Autorizo a "FEP UNIATLANTICO" para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
- Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en "FEP UNIATLANTICO" tienen procedencia lícita y están soportadas con el desarrollo de actividades legítimas.
- No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con el Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por "FEP UNIATLANTICO", para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

DECLARACION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE (PEP)							
Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:							
-¿Maneje recursos públicos o tengan poder de disposición sobre estos?				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
-¿Tiene o goza de reconocimiento público?				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
-¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?				SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO				<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>		HUELLA	
FIRMA DEL SOLICITANTE							

Nota: Adjuntar fotocopia legible de documento de identidad al 150%. Diligenciar cada uno de los campos en letra de imprenta sin enmendaduras ni tachones.

Clausula Informativa: De acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1377 de 2013, le informamos que sus datos consignados en el presente formulario serán incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, siendo tratados con la finalidad de mantener actualizada la información de nuestros asociados. De igual modo, se le informa que la base de datos en la que se encuentran sus datos personales es tratada cumpliendo con las necesidades de definida en la política de tratamiento o desarrollada por el FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO, a la cual se puede tener acceso en nuestra página web. Usted puede ejercer los derechos de acceso, corrección, supervisión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos mediante escrito dirigido a FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO a la dirección de correo electrónico osmole65@hotmail.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar o mediante correo ordinario remitido al KM 7 Antigua Vía a Puerto Colombia.



FORMATO VINCULACION DE ASOCIADO

AUTORIZACIÓN DESCUENTOS

Yo _____, identificado con documento de identidad N° _____ expedida en _____ autorizo a la empresa _____ para que deduzca de mi salario, prestaciones sociales o de cualquier suma de dinero que nos llegara a corresponder en virtud del contrato de trabajo las cuotas ordinarias y/o extraordinarias de las obligaciones adquiridas con "FEP UNIATLANTICO" en forma quincenal o mensual los valores que correspondientes y así mismo en caso de mi retiro la autorizamos irrevocablemente para que descuento de nuestras prestaciones sociales o de cualquier suma de dinero que nos llegara a corresponder en virtud del contrato de trabajo para el efecto y en caso de las Cesantías, autorizo a mi(nuestro) Fondo de Cesantías para entregar el saldo de las mismas con el fin de cancelar el valor adecuado a "FEP UNIATLANTICO" o del tenedor del título en caso de la entidad en la que labor(mos)

Firma _____ Ciudad _____ Fecha _____

Autorizo a "FEP UNIATLANTICO" o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera – CIFIN, que administra la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero, solidario y real, y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

AUTORIZACION DE RETIRO DE APORTES Y AHORROS

Deseo y es mi voluntad que al fallecimiento legalmente comprobado se entregara el dinero depositado en "FEP UNIATLANTICO". como ahorros y aportes a:

Nombre	Apellidos	Tipo Identificación	Numero	%	Parentesco

CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos _____ identificado con cédula de ciudadanía N° _____ expedida en _____, como asociado del Fondo de Empleados de "FEP UNIATLANTICO" y MERLY VARGAS JURADO, identificada con cédula de ciudadanía N° 32.738.055 expedida en Barranquilla, en su calidad de REPRESENTANTE LEGAL del FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO con Nit. 802.012.534-0 hemos celebrado el siguiente CONTRATO DE MANDATO, de acuerdo a las siguientes cláusulas:

Primera: El asociado _____ quien en este contrato se denominara el MANDANTE, le confiere al FONDO DE EMPLEADOS Y PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO quien se denominara el MANDATARIO, para que en nombre del primero (mandato con representación) o en el de este (mandato sin representación) ejecute los actos de comercio que se definen a continuación.

Segunda: El MANDATARIO se obligará a adquirir directamente y a su nombre, para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos, bienes y servicios que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar siempre que desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular.

Tercera: El MANDATARIO se obliga a entregar al MANDANTE una orden de compra debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos por el MANDANTE.

Cuarta: El MANDATARIO no podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización del MANDANTE.

Quinta: Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el MANDATARIO se presentarán de forma GRATUITA, y solo se trasladarán al MANDANTE aquellos valores diferentes que se tengan que cubrir con ocasión de circunstancias especiales creadas por este.

Sexta: El MANDANTE podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a las tarifas establecidas con EL MANDATARIO.

Se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.



Huella

Firma del Asociado

C.C. No.

Firma Del Representante Legal

ESPACIO PARA USO DEL FONDO

Observaciones:				
Fecha de Realización de la Entrevista:	Año	Mes	Día	
Nombre y Firma de Funcionario que Realizo la Entrevista				Firma
Nombre y Firma de Funcionario Responsable de Verificación de Información				Firma
Fecha de Verificación de la Información	Año	Mes	Día	