



FONDO DE EMPLEADOS
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
Calle 18 Número 118-250
Tel. 3218320



FORMATO DE ASOCIACION

DD	MM	AA
----	----	----

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres				
Identificación. No.	Fecha de Nacimiento			Lugar de nacimiento		
Lugar y Fecha de Expedición	DD	MM	AA	Departamento		
Tipo de Identificación: CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cual?				Municipio		
Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>				Personas a cargo		
Nivel de Estudios			Profesión u Ocupación			
primaria	bachiller	técnico	universitario	posgrado	doctorado	
¿Vínculo con otra entidad Solidaria? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Vehículo SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Tipo de vivienda		Estado Civil		
¿Cual?		propia	arrendada	Familiar	Soltero	
					Casado	
					Divorciado	
					U. Libre	
					Viudo	
Dirección Residencia		Departamento		Estrato	Ciudad	
		Municipio				
Correo Institucional	Celular	Tel res.		Tel. Oficina		
Actividad Económica	CIU					
Actividades que practica o le gustaría practicar			¿Qué otra ocupación tiene adicional a la laboral?			

2. Información Financiera

Otros ingresos \$	Egresos mensuales \$
Total activos \$	Total pasivos \$
Correo electrónico adicional	Maneja dinero del estado o está expuesto públicamente?
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa	Dependencia	Teléfono
Dirección	Departamento	Municipio
Cargo	Salario	Tipo de Contrato
Fecha Ingreso Empresa	Periodo de Contratación	Fecha Ingreso Fonjaveriana
DD MM AA	De: Hasta:	DD MM AA

4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera	Si	cuáles		
	No			
Posee cuentas en moneda extranjera	Si	Banco	Moneda	
	N° de cuenta	Ciudad	País	
	No			
Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera				
_____ FIRMA CLIENTE				
_____ FECHA DILIGENCIAMIENTO		AAAA/MM/DD		

5. INFORMACIÓN FAMILIAR (Tenga en cuenta el grupo familiar detallado en el reverso de este documento)

Nombre Completo					
Primer Apellido					
Segundo Apellido					
Identificación					
Fecha Nacimiento	D M A	D M A	D M A	D M A	D M A
Lugar Nacimiento					
Sexo					
Parentesco					
Escolaridad					
Ocupación					
Beneficiario %					

Si su beneficiario no pertenece a su grupo familiar básico, por favor detállelo:

Nombres y Apellidos	Fecha Nacimiento	Identificación	Parentesco	Porcentaje
	D M A			

"1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a **FONJAVERIANA** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con **FONJAVERIANA**, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que **FONJAVERIANA** me suministre

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por **FONJAVERIANA**. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a **FONJAVERIANA** no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) **FONJAVERIANA** me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente."

Si llegara a fallecer se reintegrará el dinero a mi favor, a mis beneficiarios, después de hacer el cruce de cuentas respectivo y el cobro sobre las garantías entregadas en vida, en caso que la compañía de seguros no dé cubrimiento a mis compromisos económicos, por preexistencias médicas.

Así mismo, mis beneficiarios se subrogarán en sus derechos y obligaciones, en los porcentajes que he determinado.

Autorizo a mi empleador, para que retenga de mi salario básico mensual con destino a Fonjaveriana con Nit No. 800.157.751-1 la suma correspondiente para cubrir el valor de la cuota periódica de aportes sociales y ahorros permanentes, lo mismo que otras sumas que consten en reglamentos, libranzas, pagarés o cualquier otro documento firmado por mí. Art. 12 de los Estatutos de Fonjaveriana.

Autorizo expresa, voluntaria e irrevocablemente a FONJAVERIANA para que de forma directa o a través de terceros, reciba reporte, verifique, procese, archive y/o transmita información comercial, personal, económica y financiero sobre mi comportamiento comercial y el cumplimiento de mis obligaciones. Autorizo irrevocablemente a que se incorpore mi nombre, apellidos y cédula en los archivos de cualquier entidad dedicada a este menester, exonerando de toda responsabilidad a Fonjaveriana. Autorizo que obtenga de cualquier fuente y/o reporte a las centrales de información de riesgo, mis nombres, apellidos, identificación e información referente al manejo de mis créditos comerciales, mis hábitos de pago en este sentido y en general, información sobre el cumplimiento de mis obligaciones de índole mercantil o pecuniario.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

Autorizo descontar _____ % de mi salario básico mensual, por concepto de Aportes y Ahorros.

Nota: Mínimo 3% - Máximo 10% del salario básico mensual.

Acepto

Firma _____

Nombre: _____

C.C. _____



Huella índice derecho

Fecha de aprobación de ingreso

DD	MM	AA
----	----	----

Acta No. _____

1. CONSTANCIA DE VERIFICACION FUNCIONARIO FONJAVERIANA

Constancia de verificación de documento, datos y listas vinculantes					
Fecha realización entrevista	AAAA	MM	DD		Hora
Nombre funcionario que realizo la entrevista					
Firma funcionario que realizo la entrevista					
Cargo funcionario que realizo la entrevista					
Nombre funcionario responsable de verificación de información					
Firma funcionario responsable de verificación de información					
Cargo funcionario responsable de verificación de información					
Fecha verificación información	AAAA	MM	DD		
Observaciones					

2. CONSTANCIA DE VERIFICACION

El suscrito gerente hace constar que se ha cumplido con la ejecución de todos los procesos establecidos para conocimiento y vinculación del cliente, incluida la entrevista, en virtud de lo cual concluye que se trata de una persona y/o entidad que cumple los requisitos de selectividad establecidos por FONJAVERIANA y en constancia está autorizada su vinculación

Firma de aprobación

fecha y hora de aprobación

DOCUMENTOS ANEXOS	PN	
Fotocopia del documento de identificación	X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	X	
Declaración de renta del último período gravable disponible	X	

Grupo Familiar Estipulado Por Junta Directiva

Si el asociado es casado o vive en unión libre:

- ❖ Padres
- ❖ Esposa (o) compañera (o) permanente,
- ❖ Hijos legítimos o legalmente reconocidos, menores de 18 años
- ❖ Hijastros, menores de 18 años, que NO tenga reconocidos legalmente, (demostrarlo con un certificado de extrajuicio, ante notaria, en el que se indique que el niño depende económicamente del asociado y en el que se detallan las razones por las cuales No tiene su apellido, firmando con la madre/padre),
- ❖ Si tiene hijos, mayores de edad pero menores de 25 años, que dependan económicamente del asociado (demostrarlo con declaración extrajuicio) y que se encuentren realizando estudios formales en instituciones reconocidas o que se encuentren impedidos para trabajar, que presenten impedimentos físicos o mentales, justificados y debidamente comprobados.

Si el asociado es soltero:

- ❖ Padres
- ❖ Hermanos menores de 18 años que dependan económicamente del asociado (demostrarlo con declaración extrajuicio).
- ❖ Hermanos mayores de 18 años pero menores de 25 años, que dependan económicamente del asociado (demostrarlo con declaración extrajuicio) y/o que presenten impedimentos físicos o mentales, justificados y debidamente comprobados.

Si el asociado es Padre o Madre Soltero (a):

- ❖ Padres,
- ❖ Hermanos o hijos (uno de los dos), menores de 18 años (si son hermanos demostrar dependencia económica con extrajuicio)
- ❖ Hermanos o hijos (uno de los dos), mayores de 18 años pero menores de 25 años que dependan económicamente del asociado (demostrarlo con declaración extrajuicio) y/o que presenten impedimentos físicos o mentales, justificados y debidamente comprobados.