FADESCA

FONDO DE EMPLEADOS DE LAS EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA "FADESCA"
NIT: 891502234-4
FORMATO SOLICITUD DE VINCULACION ASOCIADO Y/O ACTUALIZACION DE DATOS
(FORMATO N.º. 5 SUPERINTENDENCIA DE ECONOMIA SOLIDARIA)

Foto

Propósito: Asociado Nuevo (vinculación) ☐ Actualización de datos asociado ☐

A. INFORMACION PERSONAL

Nombres Y Apellidos Completos:
Identificación C.C.☐ C.EXT.☐ Otro☐ Nº. Lugar Expedición: Fecha Expedición: Día ( ) Mes ( ) Año ( )
Fecha De Nacimiento: Día ( ) Mes ( ) Año ( ) Lugar: Municipio: Departamento:
Grupo Étnico: Indígena ☐ Afrocolombiano ☐ Raizal (San Andrés y Providencia) ☐ ROM (gitano) ☐ Palenquero (Costa Pacífica) ☐ Ninguna ☐
Estado Civil: Soltero☐ Casado☐ Separado☐ Divorciado☐ Viudo☐ Unión Libre☐ Género: F☐ M☐ Otro ☐ cual:
Madre Cabeza De Familia: SI☐ No☐ Número de hijos en el núcleo familiar ( ) Menores de edad ( ) Mayores de edad ( ). Número de hijos que son asociados del Fondo ( )
Nivel De escolaridad: Ninguno☐ Primaria☐ Bachillerato☐ Técnico☐ Tecnología☐ Universitario☐ Especialización☐ Maestría☐ Doctorado☐
Dirección Domicilio Barrio Municipio Departamento
VIVIENDA: Propia☐ Arrendada☐ Familiar☐ Tiene deuda hipotecaria: Si☐ No☐ Tiene vehículo: Si☐ No☐ Particular☐ Público☐ MODELO Ninguno☐
Estrato: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ No aplica ☐ Teléfono (S) FIJO(S): Celular:
Correo Electrónico:
Profesión, Ocupación U Oficio: Empleado☐ Pensionado☐ Desempleado☐ Otro: Cual CIIU:
Independiente ☐ Actividad Economica: CIIU:
Empresa Donde Labora: Cargo:
Direction de la Empresa Municipio Departamento
Teléfono (S) Fijo(S) Empresa: Fax: Celular
Tipo Contrato: Indefinido☐ Término Fijo☐ OPS ☐ Contrato Sindical ☐ otro ☐ Cual _____
Fecha Ingreso a la Empresa: Día ( ) Mes ( ) Año ( ) Fecha de Vencimiento: Día ( ) Mes ( ) Año ( )
Salario O Compensación: $ Número De Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐ Banco:
PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS -PEPS-
¿Por su cargo maneja recursos públicos? Si☐ No☐
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si☐ No☐ cuales:
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público? Si☐ No☐ cuales:
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si☐ No☐ cuales:

B. INFORMACION FINANCIERA: ($) Es declarante de renta Si☐ No☐

Ingresos Mensuales Derivados De Su Actividad Principal	$	Egresos (o gastos) Mensuales	$
Otros Ingresos (Especificar en detalle)	$	TOTAL, PASIVOS (Todas las deudas que tenga a la fecha	$
TOTAL, ACTIVOS (Bienes que posee)	$		$

C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera: Si ☐ No ☐ Cuales:
Posee cuentas en moneda extranjera: Si ☐ No ☐ Nº. Cuenta Banco: Moneda: Ciudad: País:

D. DECLARACIÓN DE FONDOS, AUTORIZACIÓN: CONSULTA CENTRAL DE RIESGOS Y MANEJO DE DATOS PERSONALES:

1. Obrando de manera voluntaria certifico que todo lo aquí consignado es verídico, y con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la circular externa 006 de 2014, expedida por la Superintendencia De Economía Solidaria y demás normas legales para el control de las actividades de lavado de activos y financiación del terrorismo vigentes en Colombia: declaro que mis activos, ingresos, recursos que entrego y entregaré a Fadesca, provienen directamente de mi actividad principal como: _____ _____.
2. Declaro que esta fuente de fondos en ningún caso involucra actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y por lo tanto no he prestado mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a mi nombre.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo a Fadesca, saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a Fadesca de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo
5. Autorizo de manera expresa e irrevocable a mi acreedor o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro esta calidad, consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, y divulgar a la central de información financiera toda la información referente a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial en los términos de la ley de habeas data. Así mismo autorizo, informarme cualquier novedad que se presente, a través de otros medios como mensajes de texto, correo electrónico, llamada telefónica etc.
6. Manifiesto que la información aquí suministrada corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona o entidad pública o privada sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación contractual con "Fadesca" o con quien represente sus derechos; así como también mi nivel de endeudamiento en la entidad que a bien determine escoger para ejecutar la correspondiente investigación comercial.
7. Autorizo a Fadesca, recolectar y utilizar los datos consignados en este documento para fines propios de la actividad desarrollada, como información, cobranzas, notificación, verificación o cualquier inconformidad sobre el manejo de los datos o supresión de información.
8. Declaro que estoy informado(a) de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
9. Declaro que lo expuesto en el punto de moneda extranjera es veraz.

_____ FIRMA ASOCIADO	_____ HUELLA	_____ FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

E. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Nombres Y Apellidos Completos:
Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ Nº. Lugar Expedición Fecha Expedición Día ( ) Mes( ) Año( )
Fecha De Nacimiento: Día ( ) Mes ( ) Año ( ) Lugar: Municipio: Departamento:
Nivel De Escolaridad: Ninguno☐ Primaria☐ Bachillerato☐ Técnico☐ Tecnología☐ Universitario☐ Especialización☐ Maestría☐ Doctorado☐
Tel: CELULAR CORREO ELECTRONICO:
Profesión, Ocupación U Oficio: Empleado ☐ Pensionado ☐ Desempleado ☐ Otro: Cual CIIU:
Independiente ☐ Actividad Economica: CIIU:
Empresa Donde Labora: Cargo:
Direction Empresa Municipio Departamento
Teléfono (S) Fijo(S) Empresa: Fax: Celular
Tipo Contrato: Indefinido ☐ Término Fijo ☐ OPS ☐ Contrato Sindical ☐ Otro ☐ Cual: _____
Fecha Ingreso a la Empresa: Día ( ) Mes ( ) Año ( ) Fecha de Vencimiento: Día ( ) Mes( ) Año( )
Salario O Compensación: $ Número De Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐ Banco:

CONYUGE PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS -PEPS-
¿Por su cargo maneja recursos públicos? Si☐ No☐
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si☐ No☐ cuales:
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público? Si☐ No☐ cuales:
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si☐ No☐ cuales:

F. INFORMACIÓN PERSONAS A CARGO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	DOCUMENTO			No IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO	ESTADO *	
		C.C.	T.I	R.C.		DIA	MES	AÑO		DEP.	IND.

G. REFERENCIA FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED

1. Nombres Y Apellidos Completos:			**Parentesco:**
Tipo De Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ Otro ☐ Nº.	**Expedida:**		**No. Celular**
Dirección Residencia:	**Barrio**	**Municipio**	**Departamento**
Correo Electrónico:			

H. AUTORIZACION EXPRESA E IRREVOCABLE DE VALORES A DESCONTAR DE MI SALARIO O COMPENSACION MENSUAL

En caso de resultar aprobada esta solicitud, declaro que conozco y acepto el estatuto y reglamentos de FADESCA para mi asociación y prestación de servicios, y me comprometo a responder expresa e irrevocablemente por las obligaciones que contraiga con FADESCA y de conformidad con el Art. 59 del CST y demás normas concordantes, expresa e irrevocablemente autorizo, al pagador(a) o Tesorero(a) del hospital, IPS., ESE, o empresa para la cual laboro, o llegare a laborar, para que a partir de la fecha en que ustedes notifiquen la aprobación de mi ingreso, me descuente el equivalente al 7% de mi sueldo básico o compensación salarial básica ordinaria o extraordinaria, a favor de FADESCA, como cuota de solidaridad, más la cuota del fondo de bienestar social y los subsiguientes como aporte, ahorro permanente, ahorro contractual, más la cuota del Fondo de Bienestar Social, así como los sumas y número de cuotas pactadas en los plazos señalados, en caso de adquirir créditos, valores que se trasladarán a FADESCA en los tiempos pactados, y/o descontar por débito automático de mi cuenta bancaria indicada en este formato. De igual manera autorizo, para que en los casos donde deba acercarme a pagar las cuotas de los créditos, aporte, ahorros, cuota del Fondo de Bienestar Social y seguro de vida y las cuotas por préstamos a la caja de FADESCA y no lo haga sin importar la causa, proceda la Gerencia de FADESCA, a solicitar el descuento por nómina, a la empresa donde labore, sin necesidad de notificación alguna.

Cuando el empleador no le haya realizado y/o girado a Fadesca los descuentos correspondientes por concepto de aporte, ahorro, seguro de vida, Fondo Social de Solidaridad - funerales y créditos, el asociado deberá cancelar en "FADESCA" estos valores.

Me comprometo a realizar la capacitación solidaria requerida por el Fondo, y/o en caso de ser convocado por Fadesca para la capacitación, me comprometo a asistir y cumplir con el tiempo requerido para la respectiva certificación,

Autorizo a Fadesca, recolectar y utilizar los datos consignados en este documento para fines propios de la actividad desarrollada, como información, cobranzas, notificación, verificación o cualquier inconformidad sobre el manejo de los datos o supresión de información.

I. BENEFICIARIOS DEL AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE DEL ASOCIADO

	NOMBRE	PARENTESCO	% AUXILIO
1			
2			
3			
4			
5			

J. BENEFICIARIOS DE APORTES Y AHORROS POR MUERTE DEL ASOCIADO

	NOMBRE	PARENTESCO	% AUXILIO
1			
2			
3			
4			
5			

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 en señal de aceptación en la ciudad de: _____ el día _____ del mes de _____ del año _____.

Firma _____

Cédula. No. _____ **De** _____ **HUELLA**

Requisitos para aprobación:

Diligenciar completamente todos los datos solicitados en este formato en letra imprenta clara y adjuntar:

1. Fotocopia legible documento de identidad.
2. Fotocopia de la Resolución de nombramiento o copia de contrato.
3. Constancia laboral original, certificando tipo de contrato, duración y capacidad de endeudamiento.
4. los dos últimos desprendibles de pago con membrete de la empresa empleadora, para pensionados solo 1 vigente.

K. ESPACIO PARA USO DE FADESCA:

Fecha y Hora De La Entrevista: Ciudad _____ **Día** ___ **Mes** _____ **Año:** _____
Nombre funcionario Que Realiza Entrevista _____ **Firma** _____
Nombre funcionario Que Verifica La Información _____ **Firma** _____
Fecha Verificación Información: Ciudad. Día Mes Año:
Observaciones: