



FORMATO VINCULACION Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS FEUSAB

AA	MM	DD

INFORMACIÓN PERSONAL			
NOMBRES Y APELLIDOS		CÉDULA	
DIRECCIÓN		FECHA DE NACIMIENTO DD MM AA	
TELÉFONO (S)	CELULAR	E-MAIL (Personal)	
E-MAIL (Laboral)	PAIS	DEPARTAMENTO	CIUDAD
CUENTA BANCARIA	BANCO	CUENTA AHORRO <input type="checkbox"/>	CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/>
AHORRO OBLIGATORIO 3% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 9% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/>		¿ DESEA REALIZAR AHORRO PROGRAMADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VALOR \$	
¿TIENE EMPRESA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SOCIEDAD UNIPERSONAL <input type="checkbox"/> SOCIEDAD ANÓNIMA <input type="checkbox"/> SOCIEDAD LIMITADA <input type="checkbox"/> SIN ÁNIMO DE LUCRO S.A.S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SOCIEDAD EN COMANDITA OTRA: _____	
EMPRESA DONDE LABORA NOMBRE: _____ SALARIO: _____	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OTRO _____	ESTRATO 1 <input type="checkbox"/> PROPIA: _____ 2 <input type="checkbox"/> ARRENDADA: _____ 3 <input type="checkbox"/> FAMILIAR: _____	VIVE EN CASA
NIVEL ACADÉMICO		PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	
PROFESION _____		NOMINA A QUE PERTENECE: CAA (NOM ACA ADMIN) <input type="checkbox"/> CAC (NOM ACADEMICA) <input type="checkbox"/> CAD (NOM ADMINISTRATIVA) <input type="checkbox"/> CHC (NOM HORA CATEDRA) <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN FAMILIAR Y PORCENTAJE DEL ASEGURADO			
CONYUGE O COMPAÑER@	NOMBRE:	PROFESIÓN:	CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO	DD/MM/AA	%	SALARIO:
NOMBRE HIJ@ 1	NOMBRE:	EDAD:	DD/MM/AA %
NOMBRE HIJ@ 2	NOMBRE:	EDAD:	DD/MM/AA %
NOMBRE HIJ@ 3	NOMBRE:	EDAD:	DD/MM/AA %
NOMBRE PAPA	NOMBRE:	EDAD:	DD/MM/AA %
NOMBRE MAMA	NOMBRE:	EDAD:	DD/MM/AA %
REFERENCIAS COMERCIALES			
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
1.			
2.			
REFERENCIAS			
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO/CELULAR	
1.FAMILIAR			
1.PERSONAL			

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
<p>Yo, _____ identificado con el documento de identidad número _____ expedido en _____ obrando en nombre propio o en representación de _____ manifiesto que todo lo aquí consignado es veraz. Así mismo, realizo la siguiente declaración de origen y procedencia legítima de fondos a FEUSAB con el propósito de contribuir en la prevención y control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.</p> <p>1. Declaro que los recursos o bienes descritos en el formato provienen de actividades lícitas, de conformidad de la normatividad Colombiana</p> <p>2. Que los recursos que manejo provienen de la siguiente fuente (detalle el origen): _____</p> <p>3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones a tales actividades de o a favor de personas relacionadas con las mismas</p>

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO, CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN

Feusab, identificada con el NIT 800063789 – 4, con domicilio principal en la Cra 122 #6-65, Cali, valle del Cauca, en su condición de responsable conjunto del tratamiento de datos, manifiesta en su condición de Responsable del tratamiento, que con ocasión al diligenciamiento del presente formato se recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente se podrá llegar a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional, información personal de su titularidad o de terceros por usted referidos o representados. La información personal objeto de tratamiento es de tipo *general, identificación, ubicación y socioeconómica*, la cual será utilizada para las siguientes finalidades:

- Gestionar el proceso de conocimiento, vinculación y actualización de la información del cliente, permitiendo el cumplimiento de las actividades de negociación, formalización, ejecución, supervisión y terminación de la relación contractual a través de los medios y herramientas físicas y automatizadas del Fondo de Empleados.
- Establecer y mantener un canal habitual de comunicación que permita informarle de las actividades, eventos, noticias u otra información de tipo comercial con fines de promoción y mercadeo de los servicios del Fondo o de terceros aliados.
- Gestionar a nivel interno y frente a los terceros competentes, la respuesta completa y oportuna a las peticiones, quejas, reclamos o solicitudes radicadas por el titular de la información, conforme a las disposiciones normativas aplicables.
- Compartir información a nivel nacional o internacional con terceros aliados y proveedores del Fondo que soportan o contribuyen al adecuado funcionamiento de la infraestructura y la correcta ejecución de los procesos tecnológicos e informáticos.
- Compartir datos personales con terceros, aliados o proveedores para el desarrollo de actividades de promoción o gestión comercial tanto del Fondo como de los terceros que acrediten un nivel adecuado del cumplimiento de la ley de protección de datos personales.
- Autorizar en los formatos respectivos mediante su firma las consultas a centrales de riesgos y SARLAFT

En razón de lo anterior, los titulares de la información registrada en el presente formulario, cuentan con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible; solicitar la prueba de la autorización otorgada; ser informados sobre el uso que se da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar de forma gratuita los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. Los anteriores derechos podrán ser ejercidos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención:

- **Correo electrónico:** servicios_feusab@usbcali.edu.com y/o feusab@usbcali.edu.co
- **Teléfono:** 3155383084
- **Dirección física:** Cra 122 No. 6-65 Edificio Farallones Piso 3 Cali

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario, usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales del Fondo.

De igual forma usted declara contar con la autorización para suministrar la información de los titulares de información referidos o representados en el presente formulario para las finalidades previamente descritas, así como declara bajo la gravedad de juramento que los datos aquí consignados son veraces, completos, exactos, actualizados y comprobable, que todas sus operaciones provienen de actividades lícitas; por tanto cualquier error en la información suministrada será de su única y exclusiva responsabilidad, lo que exonera a la Compañía de cualquier responsabilidad ante las autoridades judiciales y/o administrativas por la información aquí consignada. Finalmente declara su compromiso con la Compañía de actualizar e informar cualquier cambio en la información de este Formulario o sus Documentos Anexos como mínimo una vez al año y/o cuando se presente cambios en alguna parte del contenido.

¿PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? SI _____ NO _____

DOCUMENTOS A ANEXAR

1. Fotocopia documento de identidad del Asociado
2. Copia R.U.T, si tiene empresa
- 3 Fotocopia tirilla de nomina

NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DEL ASOCIADO

NOTA: Una vez diligenciado este formato, debe enviarse a la siguiente dirección anexando los documentos que respalden la información anterior.

FEUSAB Cra 122 No.6 – 65
servicios_feusab@usbcali.edu.co y/o feusab@usbcali.edu.co
 Universidad de San Buenaventura Cali
 Edificio farallones piso 3
 Tel. 3182200 ext 5015 Cel 3155383084
 Cali

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE FEUSAB

FECHA Y HORA DE VERIFICACIÓN

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA:	AA	MM	DD	HORA	Verificado en Listas (campo obligatorio)	Si	No	
CARGO:					¿Es persona políticamente expuesta?	Si	No	
FIRMA	COMENTARIOS:							



Santiago de Cali, _____ (mes) _____ (día) de 20(_____)

**Señores
Feusab
La Ciudad.**

Cordial saludo,

Autorizo de manera expresa e irrevocable a Feusab o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Información Financiera que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o a quien represente sus derechos

Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a ésta, de conformidad con la legislación aplicable.

La permanencia de mi infamación en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco el reglamento de las Centrales de Información Financiera

En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

Atentamente,

FIRMA

NOMBRES Y APELLIDOS

C.C.

DIRECCION

CELULAR Y/O FIJO