



HOJA DE VIDA

FONDO DE EMPLEADOS UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
NIT. 890.908.528-4

FOTO

Tipo de contrato específico con la Universidad de Antioquia			Afiliación <input type="checkbox"/>	Centro de Costo	Fecha		
			Actualización de datos <input type="checkbox"/>		D	M	A
Ahorro obligatorio	Ahorro Navideño	Ahorramás	Ahorro a la vista	Ahorro familiar	Ahorro Feudito	Vivienda-ahorro	
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	

DATOS GENERALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres				
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Nacionalidad		Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		
						D M A		
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Documento		Fecha de Expedición		Lugar de Expedición		
Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Nivel de Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post-grado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____						
Profesión (s)					Vivienda Arrendada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>			
Dirección Residencia							Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/>			Ciudad			Departamento		
Estrato	Teléfono 1	Teléfono 2	Celular	Correo Electrónico				

DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa			Dirección (Bloque)				
Dependencia			Ciudad		Departamento		
Teléfono 1/Extensión	Teléfono 2/Extensión	Cargo		Fecha de Vinculación		Tiempo de Servicio	
Salario \$		No. Cuenta	Banco		Tipo de Cuenta		

DATOS DEL CÓNYUGE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres				
Documento de Identidad		Fecha de Expedición		País		Departamento		Ciudad
Fecha de Nacimiento			Sexo			Tipo de Estudio		
Empresa			Dirección					
Teléfono		Celular		Correo Electrónico				
Contrato		Salario		Cargo		Profesión		

PERSONAS A CARGO											
Nombre y Apellidos	Documento de Identidad	Tipo de Identidad	Sexo		Fecha de Nacimiento	Parentesco	Estudiante	Tercera Edad	Discapacitado	Administración	Tratamiento
			M	F							

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO							
Nombre y Apellidos	Documento de Identidad	Tipo de Identidad	Sexo		Fecha de Nacimiento	Parentesco	%
			M	F			

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo _____ Identificado con el documento No _____ de _____, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de Fondos al FEUDEA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular básica jurídica 007 del 2003 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto (663 de 1993), ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorro y certificado de depósito de ahorro a término.

- Los recursos que entregaré en depósito, provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.). _____
- Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.
- No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con los fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.

AUTORIZACIONES

Autorizo al Fondo de Empleados de la Universidad de Antioquia -FEUDEA- para debitar de mis depósitos de ahorro y aportes todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella. Así mismo la autorización para reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos toda la información referente a mi comportamiento y hábitos de crédito y en general el cumplimiento de obligaciones. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejen en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al Sector Financiero.

ACUERDO

Una vez admitido como asociado de FEUDEA declaro que me someto a su estatuto y reglamentos, me comprometo a mantener el aporte mínimo estatutario y para el efecto autorizo para que me debiten de mi pago.

Firma _____ Cédula de Ciudadanía _____

Huella