

FECHA DIA / MES / AÑO

NOTA: Para el correcto diligenciamiento de la siguiente información, tenga en cuenta no dejar espacios en blanco.

1. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ASOCIADO

C.C. \_\_\_\_\_ C.E. \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ **DEBE ANEXAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA : \_\_\_\_\_ FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ SEXO F  M

DEPARTAMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA :

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO : \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ SUCURSAL: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

COMPROMISO DE AHORRO Y APOORTE: Elija solo una opción: ① Valor de la cuota mensual \$ \_\_\_\_\_ ó ② Porcentaje del salario mensual \_\_\_\_\_ %  
 PUEDE SER DESCONTABLE DE MANERA: QUINCENAL \_\_\_\_\_ MENSUAL \_\_\_\_\_  
 Mensual es sólo para personal de administración.

ESTADO CIVIL: SOLTERO (a) \_\_\_\_\_ CASADO (a) \_\_\_\_\_ SEPARADO (a) \_\_\_\_\_ DIVORCIADO (a) \_\_\_\_\_ VIUDO (a) \_\_\_\_\_ MADRE SOLTERA \_\_\_\_\_ UNION LIBRE \_\_\_\_\_

ESTRATO: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIO: PRIMARIA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_\_\_ TÉCNICO \_\_\_\_\_ TECNOLÓGICO \_\_\_\_\_ UNIVERSITARIO \_\_\_\_\_ POSGRADO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

CIUDAD DE RESIDENCIA : \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

2. DATOS DE BENEFICIARIOS:

Nota: Para solicitar auxilios de solidaridad y educación es necesario que la siguiente información sea diligenciada completamente, de faltar algún dato su beneficiario no será tenido en cuenta. Recuerde que sus beneficiarios son padres, conyuge e hijos.

| Nro. | Tipo Identif | Identificación | Nombres y Apellidos | Parentesco | Fecha de Nacimiento |     |     | Sexo |   |
|------|--------------|----------------|---------------------|------------|---------------------|-----|-----|------|---|
|      |              |                |                     |            | DIA                 | MES | AÑO | M    | F |
| 1    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |
| 2    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |
| 3    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |
| 4    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |
| 5    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |
| 6    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |
| 7    |              |                |                     |            |                     |     |     |      |   |

3. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento, autorizo para que el total de mis aportes y ahorros, no susceptibles de proceso de sucesión, sean entregados a las siguientes personas (Relacionar sólo mayores de edad):

| Tipo Doc. | Identificación | Nombres y Apellidos | Parentesco | Sexo |   | % |
|-----------|----------------|---------------------|------------|------|---|---|
|           |                |                     |            | M    | F |   |
|           |                |                     |            |      |   |   |
|           |                |                     |            |      |   |   |

4. CONDICIÓN HABITACIONAL DEL ASOCIADO

Vive en casa: Propia \_\_\_\_\_ Arrendada \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_

### 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

|                    |    |  |                         |    |
|--------------------|----|--|-------------------------|----|
| INGRESOS MENSUALES | \$ |  | ACTIVOS                 | \$ |
| EGRESOS MENSUALES  | \$ |  | PASIVOS                 | \$ |
| OTROS INGRESOS     | \$ |  | CONCEPTO OTROS INGRESOS |    |

**SI ES DECLARANTE DE RENTA DEBE ANEXAR COPIA.**

MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI  NO

DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO FUNCIONES PUBLICAS? SI  NO

TIENE FAMILIARES QUE DESEMPEÑAN O HAN DESEMPEÑADO FUNCIONES PUBLICAS: SI  NO

### 6. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  CUÁL: \_\_\_\_\_

POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO

BANCO: \_\_\_\_\_ Nro Cuenta: \_\_\_\_\_ Moneda: \_\_\_\_\_ Pais: \_\_\_\_\_

### 7. AUTORIZACIONES, DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos, con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir información relevante sobre las características de los servicios, programas corporativos, procesos, actividades comerciales, en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales del Fondo de Empleados IBG.

Por lo tanto, el Fondo de Empleados IBG, en los términos dispuestos por el artículo 10 del decreto 1377 de 2013, y sin detrimento de las excepciones contempladas en los artículos 6 y 10 de la ley 1581 de 2012, queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda mi información, a no ser que manifieste lo contrario de manera directa, expresa y por escrito, dentro los quince (15) días hábiles, contados a partir de la presente comunicación, a la cuenta de correo electrónico info@fondoibg.com. En Caso de no presentar ninguna respuesta en los términos descritos anteriormente, se entiende que consiento y autorizo de manera expresa e inequívoca para que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento, en observancia de lo dispuesto por el artículo 9 de la ley 1581 de 2012 y demás normas concordantes.

Autorizo el envío de información relacionada con los servicios o procesos del Fondo de Empleados IBG, incluidas los estados de cuentas, extractos y demás, por medio del correo electrónico arriba mencionado, igualmente autorizo el envío de mensajes de texto al celular que notifico en ésta solicitud.

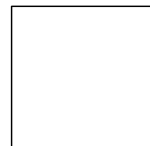
**Declaro expresamente que:**

- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y adquiero el compromiso de notificar oportunamente al Fondo de Empleados IBG, los cambios efectuados de mis datos.
  - Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS IBG, para que con fines estadísticos, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo financiero que considere necesario, o a cualquier otra entidad autorizada, la información relacionada con el desarrollo de mis créditos.
  - Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad principal "Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas y que los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes:**
- \_\_\_\_\_
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
  - Autorizo a mi empleador a suministrar información financiera y todo lo referente a mi vínculo laboral al FONDO DE EMPLEADOS IBG.

**Los reintegros al Fondo tendrán un cobro para el Fondo de Bienestar Social equivalente a un (1) día de salario mínimo legal vigente. Aprobado en Asamblea del 16 marzo /2019**

FIRMA: \_\_\_\_\_

HUELLA



Huella del dedo que se indica en el documento de identificación

**Nota: Espacio exclusivamente para ser diligenciado por el Fondo de Empleados IBG**

### 8. INFORMACION ENTREVISTA

|   |  |  |
|---|--|--|
| FECHA ENTREVISTA:   |  |  |
| NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA                  | FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA                      | RESULTADO  |
|   |  | ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN | FIRMA DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACION DE INFORMACIÓN |  |
| FECHA DE VERIFICACIÓN INFORMACIÓN:                                |  |  |
| OBSERVACIONES:  |  |  |
|   |  |  |

ACTA Nro. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**Vo.Bo. Junta Directiva**

**FONDO DE EMPLEADOS IBG  
NIT 801.002.901.- 6**

Ciudad, \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_

Doctor(a)

\_\_\_\_\_  
Gerente General

\_\_\_\_\_  
Armenia

ASUNTO: Autorización para efectuar descuentos a favor del Fondo de Empleados IBG.

AUTORIZO a la empresa \_\_\_\_\_ para que de la totalidad de los pagos que me corresponden por conceptos laborales, descunte los valores que sean reportados a mi cargo por cuotas de sostenimiento, aportes, préstamos y demás obligaciones que adquiriera a través del FONDO DE EMPLEADOS IBG.

Igualmente, autorizo descontar de los salarios, vacaciones, liquidación de prestaciones sociales, bonificaciones, honorarios, comisiones e indemnizaciones que se causen a mi favor como empleado de la empresa a la que estoy vinculado, el saldo insoluto de las obligaciones a mi cargo, de conformidad con lo dispuesto para tal evento en los artículos 59, numeral 1o y 149 Inciso 1o, del Código Sustantivo del Trabajo.

En caso de dar por terminado el contrato de trabajo con la empresa, autorizo que las obligaciones pendientes de cancelar, se descuenten de las prestaciones sociales que tenga derecho. Así mismo, autorizo al pagador de la empresa para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales de las cesantías hasta tanto presente mi paz y salvo con el FONDO DE EMPLEADOS IBG.

En caso de dar por terminado el contrato de trabajo con la empresa, autorizo que las obligaciones pendientes de cancelar, se descuenten de las prestaciones sociales que tenga derecho. Así mismo, autorizo al pagador de la empresa para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales de las cesantías hasta tanto presente mi paz y salvo con el FONDO DE EMPLEADOS IBG.

\_\_\_\_\_  
Firma

NOMBRE:

C.C. Nro. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_