

FONDO EMPLEADOS SABI

SOLICITUD DE INGRESO

FECHA DE RADICADO

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

DEBE ANEXAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.C. _____ C.E. _____ T.I. _____ NÚMERO: _____	
CIUDAD DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA :	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
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 APORTE: 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. CONDICIÓN HABITACIONAL DEL ASOCIADO

Vive en casa: Propia _____ Arrendada _____ Familiar _____

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI NO

DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO FUNCIONES PUBLICAS? SI NO

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

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO CUÁL: _____

POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI NO

BANCO: _____ Nro Cuenta: _____ Moneda: _____ País: _____

6. 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 SABI.

Por lo tanto, el Fondo de Empleados SABI, 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 SABI, 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 SABI, los cambios efectuados de mis datos.
- Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS SABI, 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.

3. 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 SABI.

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 de dedo que se indica en el documento de identificación

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

7. 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 VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
FECHA DE VERIFICACIÓN INFORMACIÓN:		
OBSERVACIONES:		

Vo.Bo. Junta Directiva

ACTA Nro. _____

FECHA: _____

FONDO DE EMPLEADOS SABI
NIT 801.002.901.- 6

Ciudad, _____, Fecha _____

Doctor(a)

Gerente General

Armenia

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

AUTORIZO a la empresa _____ para que de la totalidad de los pagos que me corresponden por conceptos laborales, descuenta los valores que sean reportados a mi cargo por cuotas de sostenimiento, aportes, préstamos y demás obligaciones que adquiera a través del FONDO DE EMPLEADOS SABI.

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 SABI.

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 SABI.

Firma

NOMBRE:

C.C. Nro. _____ de