



**FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS  
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

NIT. 860.016.249-7  
Carrera 3a. #17-73 Piso 1  
Teléfono 2431287 Fax 2433539

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

Afiliación       Reafiliación

**DATOS PERSONALES**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ Sexo 

M	F
---	---

CC     CE    No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición 

DD	MM	AA
----	----	----

Fecha de Nacimiento 

DD	MM	AA
----	----	----

 Lugar \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Nivel de Estudios  Técnico     Postgrado  
 Tecnológico     Especialización    Título \_\_\_\_\_  
 Universitario     Magister

Tipo de Vivienda  Propia    Dirección \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_  
 Familiar    No. Teléfono \_\_\_\_\_ No. Celular \_\_\_\_\_  
 Arriendo    Estrato \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

E-mail Universidad \_\_\_\_\_ E-mail2 \_\_\_\_\_

Es madre cabeza de familia  Si     No    Personas a Cargo 

--

Banco \_\_\_\_\_ Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta  Ahorros  
 Corriente

**INFORMACIÓN LABORAL**

Dependencia \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

Tipo de Contrato  T. Fijo    Fecha de Ingreso 

DD	MM	AA
----	----	----

    Fecha de Terminaci 

DD	MM	AA
----	----	----

Salario  Básico    \$ \_\_\_\_\_    Jornada Laboral  Tiempo completo  
 Integral     Tiempo Parcial

**REFERENCIAS**

Familiar    Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Personal    Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIONES**

En razón a que en la fecha cumpla a cabalidad con los requisitos establecidos en el artículo 13 del Estatuto, manifiesto mi interés por pertenecer en calidad de asociado (a) al Fondo de Profesores y Empleados de la Universidad de los Andes.

De ser aceptada mi afiliación como asociado (a) al Fondo, me comprometo a pagar las cuotas periódicas y permanentes de aportes el equivalente al \_\_\_\_ % del valor que devengo de mi salario mensual. *(El rango a elegir puede ser del 4% al 10% sobre el salario)*

Me comprometo a pagar las cuotas por ahorro extraordinario de \$ \_\_\_\_\_

Autorizo al Fondo Uniandes, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información financiera CIFIN; que administra la Asociación Bancaria y de entidades financieras de Colombia, ó a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones Autorizo al Fondo Uniandes a descontar el valor de la consulta hecha a las centrales de riesgo.

Igualmente, autorizo para que la notificación sobre el estado de mi obligación o cualquier comunicación que provenga de la entidad me sea informada por medio electrónico al correo \_\_\_\_\_ ó \_\_\_\_\_

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.  
Estoy informado (a) de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.  
Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Fondo Uniandes para que la verifique.

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_ Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

**Adjuntar Fotocopia de la cédula de ciudadanía al 150%**

**ESPACIO EXCLUSIVO DEL FONDO UNIANDES**

Aprobado 

SI	NO
----	----

    Fecha 

DD	MM	AA
----	----	----

    Nombre y Firma Funcionario \_\_\_\_\_



FONDO DE PROFESORES Y EMPLEADOS  
DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

NIT. 860.016.249-7

Carrera 3a. #17-73 Piso 1

Telefono 2431287 Fax 2433539

**AUXILIO POSTUMO**

**DATOS PERSONALES**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

CC  CE \_\_\_\_\_

Me dirijo a ustedes con el fin de manifestarles que de conformidad con lo establecido en los estatutos del Fondo con relación al Auxilio Póstumo, una vez satisfechas mis obligaciones y el pago de la totalidad de las deudas contraídas con ustedes, quede algún remanente, deberá ser entregado a las siguientes personas distribuidas así:

**BENEFICIARIOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	% A DISTRIBUIR	DIRECCION	TELEFONO
		DD	MM	AA				
		DD	MM	AA				
		DD	MM	AA				
		DD	MM	AA				
		DD	MM	AA				

Si en el evento de la defunción, alguno de mis beneficiarios resulte ser menor de edad, la totalidad del auxilio póstumo debe entregarse a aquella persona que legalmente sea tutor del menor.

Alguna vez lo han tratado por algún problema nervioso, enfermedad del corazón, pulmones, riñones, hígado, presión alta, diabetes, ataque al corazón, Esclerosis Amiotrofica lateral, Cáncer o Tumor, Hepatitis, Ulcera, Transplante de Órgano

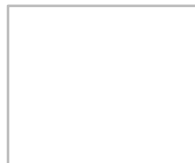
NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ CUAL? \_\_\_\_\_

Alguna vez lo han tratado o le han dicho que tiene Neumonía Crónica, Noludos Linfáticos agrandados, Perdidas Repentina de Peso, Problemas con el sistema Inmunológico, Sida.

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ CUAL? \_\_\_\_\_

Atentamente,

Firma \_\_\_\_\_  
C. C.



Huella

\_\_\_\_\_  
Ciudad y fecha de diligenciamiento