

**SOLICITUD DE APOYO SOCIAL****DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO - FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**

Tipo de Afiliado:				
Profesor	Aspirante a la carrera de docente	De carrera	Ocasional	
Trabajador oficial				
Empleado administrativo	De carrera administrativa	De libre nombramiento y remoción	Provisional	Temporal Meses _____
Jubilado o pensionado				
Fecha de Solicitud:	Monto solicitado: \$ _____	Plazo (Meses): _____	Tiene hipoteca: SI NO	Valor de la hipoteca: \$ _____
Fondo:	Línea:	Valor de Aportes: \$ _____	Pignoraciones: Primas cesantías Bonificación	Fondo de Cesantías: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL PRINCIPAL

Nombres y Apellidos:	Identificación: C.C T.I C.E Otro: _____	Número: _____	Lugar y fecha expedición (DD/MM/AAAA): _____
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA	Lugar de nacimiento: Ciudad: _____ Departamento: _____ Nacionalidad: _____		
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a)	Sexo: Femenino Masculino		
Cabeza de Familia: Si No	Nro personas a cargo: Adultos: _____ Menores de edad: _____	Estrato S.E: _____	Teléfono fijo: _____
Dirección de residencia: Ciudad: _____ Departamento: _____	Correo electrónico: _____	Vivienda: Propia Arrendada Familiar	
¿Hay algún integrante de su familia (hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad), funcionario del FBU? en caso afirmativo indique nombre y parentesco? Si No		Nivel de Estudios: Técnico Tecnólogo Universitario Especialización Doctorado Maestría Otro: _____	
Nombre:	Parentesco:		
Tipo de Cuenta Bancaria: Ahorros Corriente	Nro de Cuenta: _____	Nombre del Banco: _____	

DATOS DEL CÓNYUGE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Documento de identidad:
Teléfono fijo:	Celular:	Nombre de la empresa:	Cargo u ocupación:	

2. INFORMACIÓN PERSONAL CODEUDOR

Nombres y Apellidos:	Identificación: C.C T.I C.E Otro: _____	Número: _____	Lugar y fecha expedición (DD/MM/AAAA): _____
Fecha de Nacimiento:	Lugar de nacimiento: Ciudad: _____ Departamento: _____ Nacionalidad: _____		
Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a)	Sexo: Femenino Masculino		
Cabeza de Familia: Si No	Nro personas a cargo: Adultos: _____ Menores de edad: _____	Estrato S.E: _____	Teléfono fijo: _____
Dirección de residencia: Ciudad: _____ Departamento: _____	Correo electrónico: _____	Vivienda: Propia Arrendada Familiar	
Profesión o actividad	Empresa donde labora	Cargo	Fecha de Ingreso: DD / MM / AAAA
			Tipo de contrato:
Dirección de la empresa:	Teléfono:	Correo electrónico	Referencia personal y/o familiar
			Teléfono

DATOS DEL CÓNYUGE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Documento de identidad:
Teléfono fijo:	Celular:	Nombre de la empresa:	Cargo u ocupación:	

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CODEUDOR

ACTIVOS		PASIVOS	
Inversiones	\$	Obligaciones financieras	\$
Vehículos	\$	Otros Pasivos	\$
Bienes Raíces	\$	TOTAL PASIVOS	\$
Otros Activos	\$	TOTAL PATRIMONIO	\$
TOTAL ACTIVOS	\$	(Activos - Pasivos)	\$
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salarios	\$	Arrendamientos	\$
Honorarios y comisiones	\$	Cuotas de préstamos bancarios	\$
Otros ingresos permanentes	\$	Gastos familiares	\$
	\$	Otros egresos	\$
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$
Descripción de otros ingresos:		Calificación datacrédito:	Sí No
Calificación central de riesgo:	Es declarante a título de renta: Sí No	Posee RUT:	Sí No

BENEFICIARIOS DE APORTES Y AUXILIO FUNERARIO

Declaro como beneficiarios (familiares y no familiares), del 100% de mis aportes y auxilio funerario, a las personas relacionadas a continuación:

Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje (%)

BENEFICIARIOS DEL AUXILIO SOLIDARIO

Declaro como beneficiarios (familiares y no familiares), del 100% de mi auxilio solidario, a las personas relacionadas a continuación:

Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre (s)	Fecha de nacimiento	Parentesco	Porcentaje (%)

AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO (DILIGENCIAR SOLO LOS EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS TEMPORALES Y PROFESORES OCASIONALES Y CODEUDORES)

___ Autorizo a la **UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA-FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO** 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 refleje 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. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicita la Entidad por cada producto o servicio que utilice.

AUTORIZACIONES

___ Autorizo a la Tesorería General de la **UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**, para que descuente de mi salario con destino al: **FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO** el valor correspondiente a la cuota de afiliación, aportes, auxilio solidario y seguros y cualquier otra cuota que la normatividad del Fondo exija. En caso de que por alguna razón, no se pueda realizar el descuento de nómina, me comprometo a realizar el pago por los medios que tiene establecido el Fondo de Bienestar.

___ Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA-FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO** con Nit 890.980.040-8, para que en los términos legalmente establecidos realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las actividades propias de los Fondos de Bienestar Universitario (préstamos, aportes, auxilios, seguros, entre otros).

___ Autorizo voluntariamente el envío de mensajes a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico, de información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicios o de cualquier otra índole, que se considere necesaria y/o apropiada para la prestación de los servicios del **FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**.

VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Declaro que la información suministrada en el presente formulario concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad y declaraciones de la misma. Afirmo que todas mis actividades como profesión, ocupación, etc, las ejerzo dentro de las normas legales.

FIRMA DEUDOR: _____
 Nombre:
 Tipo de Identificación:
 No.

FIRMA CODEUDOR: _____
 Nombre:
 Tipo de Identificación:
 No.

ESPACIO RESERVADO PARA EL FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO

Observaciones:

RECIBIDO

Fecha (DD/MM/AAAA)	Hora	Firma: _____

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
 Dirección de Bienestar Universitario - Calle 67 No. 53 - 108 Bloque 22 - Oficina 309
 Nit 890.980.040-8 - E-mail: fbu@udea.edu.co - Conmutador: 219 53 90
 www.udea.edu.co - Medellín, Colombia