

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS****DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO - FONDO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**

Fecha de Afiliación (DD/MM/AAAA)	Por favor diligenciar sin tachones, ni enmendaduras			
	Ingreso		Reingreso	
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
Jubilado o pensionado				

1. INFORMACIÓN PERSONAL

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:	Nro personas a cargo:		Estrato S.E:	Teléfono fijo:	Celular:
Si No	Adultos: _____ Menores de edad: _____		_____	_____	_____
Dirección de residencia:			Correo electrónico:		Vivienda:
_____ Ciudad: _____ Departamento: _____			_____		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:	
Nombre: _____			Parentesco: _____	Técnico Tecnólogo Universitario	
				Especialización Doctorado Maestría Otro: _____	

DATOS DEL CÓNYUGE

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

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 (%)

CONSENTIMIENTO DE AFILIACIÓN

Manifiesto mi voluntad de pertenecer como afiliado(a) al Fondo de Bienestar Universitario de la Universidad de Antioquia, para lo cual me permito suministrar la información requerida, para el estudio y aprobación de esta solicitud. Igualmente me comprometo a cumplir con los estatutos y demás normas del Fondo de Bienestar Universitario.

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).

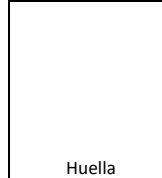
___ **Autorizo** voluntariamente el envío de mensajes a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico, de información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicios o de cualquier otra índole, que se considere necesaria y/o apropiada para la prestación de los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

C.C : _____



Huella

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