



OSYA
Fondo de empleados

FORMATO ÚNICO DE SOLICITUDES

DÍA	MES	AÑO

Ciudad: _____

Marque con una (x) la empresa:



Nombres y Apellidos _____ Cédula _____
 Empresa Usuaria _____ Cargo _____
 Periodicidad Pago Nómina Quincenal _____ Mensual _____
 Correo Electrónico _____
 ¿Tiene usted la condición de persona políticamente expuesta (PEP)? Si _____ No _____

Operación Solicitada

A través del presente formulario solicito y autorizo al Fondo para que realice el siguiente trámite (marque con una X):

Retiro Parcial _____ Modificación Cuota de Ahorro _____ Cruce de Cuentas _____ Solicitud de Préstamo _____ Convenio _____ Desvinculación _____

A continuación diligencie las condiciones específicas de su solicitud:

Retiro Parcial

Valor retiro:

\$ _____

Modificación Cuota de Ahorro

Nuevo Valor ahorro \$ _____

Periodicidad Quincenal _____ Mensual _____

Cruce de Cuentas

Valor de los aportes por concepto de ahorro para ser cruzados:

\$ _____

Solicitud de Préstamo

Monto solicitado \$ _____ Cuotas _____ Periodicidad Quincenal _____ Mensual _____

Convenio

Cuál? _____
 Monto solicitado \$ _____ Cuotas _____
 Periodicidad Quincenal _____ Mensual _____

AUTORIZACIONES Y DESCUENTOS

Descuentos. _____ (el "Asociado"), autorizo al Fondo para que de mis pagos de nómina y liquidación, salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones o cualquier otra acreencia laboral que me haga mi Empleador y de cualquier depósito a mi favor en el Fondo, descuente los valores autorizados para ahorro, adquisición de convenios, las cuotas y saldos de los créditos vigentes al momento de mi retiro, libranzas y cualquier otro compromiso adquirido con el Fondo, en las proporciones y porcentajes que establecen los estatutos, reglamentos, circulares, directrices del Fondo y/o pactadas conforme el producto adquirido. Igualmente autorizo al Fondo para que consigne los valores de mis solicitudes aprobadas a la cuenta de nómina que reporté al momento de mi vinculación con mi Empleador.

Sarlauf. _____ (el "Asociado") declaro bajo la gravedad de juramento: que los recursos, fondos, dineros, activos o cualquier bien aportado al Fondo y/o descontado de mi salario cuyo destino es el Fondo, son de procedencia lícita y no están vinculados con el lavado de activos ni con ninguno de sus delitos fuente; que el destino de los recursos, fondos, dineros, activos o intereses o frutos que perciba como consecuencia de mi relación con el Fondo o de los productos que adquiera del Fondo, no van a ser destinados para la financiación del terrorismo o cualquier otra conducta delictiva, de acuerdo con las normas penales vigentes en Colombia; que en mi actividad no incurro ni incurriré en ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione. De igual forma, autorizo al Fondo reportar a las autoridades competentes cualquier operación y/o actividad sospechosa. Asimismo, me comprometo a cumplir con los requisitos del Sistema de Autocontrol y Gestión del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT- implementado por el Fondo, dentro de los que se encuentran, entregar información veraz y verificable junto con la totalidad de los soportes documentales exigidos y a actualizar su información personal, laboral o institucional, según aplique, así como la información comercial y financiera, cada vez que haya cambios en la misma, y, por lo menos cada vez que así lo solicite el Fondo.

Protección de Datos Personales. _____ (el "Titular"), por medio de la presente, manifiesto mi consentimiento previo, expreso e informado para que el Fondo trate los datos personales por mi suministrados, conforme su Política de Tratamiento de Datos Personales y finalidades indicadas. De igual forma, manifiesto que el Fondo, de manera clara y expresa, me informó de lo siguiente: (1) los datos personales que serán recolectados o que han sido recolectados; (2) las finalidades específicas del tratamiento de los datos personales recolectados y para los cuales se obtiene el consentimiento; (3) el tratamiento al cual serán sometidos los datos personales y las Políticas para el Tratamiento de Datos Personales, así como el lugar en donde puedo consultar las Políticas y/o solicitar copia de la misma; (4) el carácter facultativo de la respuesta a las preguntas que le sean hechas, cuando estas versen sobre datos sensibles o sobre los datos de las niñas, niños y adolescentes; (5) los derechos que me asisten como titular y el procedimiento para su ejercicio; (6) la identificación, dirección física o electrónica y teléfono del Responsable del Tratamiento. Autorizo para que el Fondo me envíe información relacionada con los productos y servicios ofrecidos a través de cualquier medio de contacto reportado (teléfono, celular, correo electrónico, residencia)

Reporte a centrales de riesgo. _____ (el "Asociado") autorizo, de forma expresa, informada y consentida, al Fondo o a quien represente sus derechos, para que adelante las consultas que sean necesarias en las bases o bancos de datos propias o de centrales de riesgo (datacredit, cifin, entre otras y similares) relativas a mi comportamiento comercial, crediticio y el manejo de los diferentes productos de las entidades financieras, solidarias, del sector real y similares que tenga y, en general, sobre el cumplimiento de todas las obligaciones de carácter pecuniario a mi cargo. Igualmente, autorizo al Fondo para que haga los reportes pertinentes a las centrales de riesgos existentes o que llegaren a existir, de datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiera, de las obligaciones, o de los deberes legales o contractuales de contenido patrimonial cuando quiera que incurra en mora en el pago de mis obligaciones con el Fondo.

Autorización. _____ (el "Asociado") autorizo de forma expresa al Fondo para que solicite a mi Empleador mi información laboral, desprendibles de nómina y demás información que conforme el reglamento de productos y servicios, ahorro y crédito y políticas del Fondo, requiera para el estudio y consideración sobre su aprobación del producto y/o servicio que por intermedio del presente formulario solicito en mi calidad de Asociado.

Declaración. _____ (el "Asociado"), declaro que conozco los estatutos y políticas del Fondo, sus principios y normas rectoras, y manifiesto mi total aceptación a los mismos. De igual forma, declaro que fui informado del reglamento del producto y servicio que por intermedio de la presente solicitud pretendo adquirir, tasa de interés, plazo y demás condiciones aplicables al mismo. En consecuencia, manifiesto mi compromiso y obligación de cumplir y respetar los estatutos y políticas del Fondo, así como el reglamento del producto y servicio que pretendo adquirir, tasa de interés, plazos para pago y demás condiciones aplicables al mismo. Declaro que la información por mí suministrada es veraz, completa y exacta y me obligo a mantenerla actualizada. Declaro que conozco y acepto cumplir voluntariamente los estatutos y reglamentos del Fondo y que me han explicado los mismos y los productos y servicios ofrecidos y me comprometo a realizar la inducción a la educación cooperativa de forma Presencial _____ o Virtual _____, siempre que sea necesario.

Firma _____

Cédula _____

Espacio para ser diligenciado por el Fondo

Fecha de Trámite ____/____/____ Fecha de Contratación ____/____/____ Saldo Ahorro \$ _____
 Salario \$ _____ Ingresos Prestacionales \$ _____ Ingresos No Prestacionales \$ _____
 Descuentos \$ _____ Concepto descuentos _____
 Capacidad Máxima de Endeudamiento \$ _____ Capacidad Máxima de Pago \$ _____ Capacidad para el pago del Crédito Cumple _____ No Cumple _____
 Valor Cuota \$ _____ Plazo _____ Q _____ Aprobación VoBo _____ Fecha ____/____/____
 M _____