Formulario de Vinculación y/o Conocimiento de Asociados

Fondo Unión — Fondo de Empleados del Sector Financiero

Edición: 03
Fecha: 18/Mayo/2023

Diligenciar todos los campos sin tachones ni enmendaduras. En caso que no aplique, escribir N/A

Tipo de solicitud	Vinculación ☐	Actualización ☐	Codeudor ☐	Fecha Diligenciamiento :	AAAA / MM / DD

1. Datos Generales

Nombres y Apellidos Completos					
Tipo de Documento	CC. ☐ CE. ☐ TI. ☐ PAS ☐		N° de identificación		
Lugar de Expedición		Fecha de Expedición	AAAA / MM / DD	Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento	AAAA / MM / DD	Lugar de Nacimiento		Género	Masculino ☐ Femenino ☐
Dirección Residencia			Barrio:		Estrato
Casa o Apto/Torre o Bloque:		Nombre Conjunto Residencial:			
Ciudad :		Departamento:		País	
Teléfonos :		Celular :			
E-mail :		N° de Hijos		Personas a cargo	
Nivel de Estudios :	Primaria ☐ Bachiller ☐ Tecnico ☐ Tecnólogo ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Doctorado ☐ Otro ☐ Cual? _____				
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Separado ☐ Viudo ☐				
Nombres y Apellidos Completos del Conyuge:					
Tipo de Documento:	CC. ☐ CE. ☐ TI. ☐ PAS ☐	N° identificación:		Fecha de nacimiento:	AAAA / MM / DD
Empresa Actual:		Cargo:		Fecha de vinculación:	AAAA / MM / DD
Telefono:		Celular:		E-mail:	

2. Empresa y Actividad Laboral

Ocupación	Empleado ☐	Empresa donde labora:			Tipo de contrato:		
		Cargo:		Fecha de Ingreso	AAAA / MM / DD	Declara Renta?:	SI ☐ NO ☐
		Ciudad:		Departamento:		Teléfonos	
	Independiente ☐	Actividad que desempeña:				Declara Renta?:	SI ☐ NO ☐
	Pensionado ☐	FOPEP ☐ Colpensiones ☐ Otros ☐ ¿Cual?_____				Declara Renta?:	SI ☐ NO ☐
Actividad Económica			Código CIIU				

a. Administra recursos públicos	**b.** Tiene reconocimiento público	**c.** Ejerce o ejerció algún cargo de poder publico
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

Entidad		Cargo		Fecha de Ingreso	AAAA / MM / DD
d. Es familiar de alguna persona políticamente expuesta	SI ☐ NO ☐	¿Qué vinculo o relación tiene? _____		Cargo	

3. Información Financiera

Ingresos Mensuales	$	Otros Ingresos	$	Egresos Mensuales:	
Total Activo	$	Total Pasivo	$	Total Patrimonio	$

4. Datos Grupo Familiar

Diligenciar todos los espacios de manera completa, al igual que el porcentaje que le otorgará a los beneficiarios para la entrega de los aportes en caso de fallecimiento. En caso de fallecimiento del asociado, el Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión, hará entrega a sus beneficiarios dentro de los términos establecidos en el estatuto y de acuerdo con la normatividad legal vigente (Decreto 564 de 1996 y Decreto 2349 de 1965). Será obligación del asociado mantener actualizada la información de sus beneficiarios.

Nombres y Apellidos	Número de Documento	Parentesco	Ocupación	% Porcentaje Autorizado

5. Referencias Personales

Persona de Contacto	Dirección	Teléfono	Parentesco

6. Referencias Familiares

Persona de Contacto	Dirección	Teléfono	Parentesco

7. Operaciones en Monedas Extranjeras

¿Realiza operaciones en Moneda Extranjera?	SI ☐ NO ☐	¿Cuáles?			
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	SI ☐ NO ☐	Banco		N° de Cuenta	
		Moneda		Ciudad/ País	

8. Forma de Pago

Forma de Pago	Nómina ☐	Débito ☐	Consignación ☐
Frecuencia de Pago	Primera Quincena ☐	Segunda Quincena ☐	

Autorizo a Fondo Unión aplicar como cuota de aportes y ahorros permanentes, el _____ % equivalentes a $_____ de mi sueldo Básico mensual $_____ Ahorro Voluntario $_____
Ahorro de Inversión $_____

9. Declaración Origen de Fondos

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la presente declaración de origen y bienes de fondos al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado en las normas legales vigentes para la apertura y manejo de productos financieros: **1.** Los recursos que declaro provienen de mi actividad económica principal. **2.** Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. **3.** No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizare transacciones destinadas a tales actividades. **4.** Autorizo cancelar las cuentas y/o depósitos que mantenga en el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** en caso de infracción a los numerales contenidos en este documento, eximiendo al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

10. Autorización Tratamiento de Datos Personales

Autorizo mediante el presente formulario al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** identificado con Nit 860.079.299-5 de acuerdo con los términos de la Ley 1581 de 2012 y demás normatividad relacionada, trate mis datos personales con las siguientes finalidades: **1.** Cumplir con las obligaciones derivadas de la relación contractual con el Titular de la información. **2**. Utilizar los datos para actividades de operación y registro. **3.** Recolectar y almacenar en las bases de datos del **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión. 4.** Mantener una eficiente comunicación a través de los canales telefónicos y electrónicos dispuestos por el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, que sea de utilidad en los vínculos contractuales o comerciales en los que sea parte el Titular de la información. **5.** Gestionar trámites (solicitudes, quejas, reclamos) solicitados por el Titular de la Información o por los entes de control que lo requieran. **6.** Suministrar la información a terceros con los cuales el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** tenga relación contractual y que sea necesario entregársela para el cumplimiento del objeto de la relacion contractual. Los datos personales serán tratados de forma segura y podrán ser manejados de forma directa o a través de encargados, quienes podrán estar domiciliados dentro o fuera del territorio Colombiano. El tratamiento de los datos personales por parte del **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** se realizará dando cumplimiento a la Política de Protección de Datos, la cual puede ser consultada en la página web: https://www.fondounion.com/ y a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Se presume que la información personal proporcionada es veraz y ha sido entregada por el titular de esta y/o su representante o persona autorizada. El titular de los datos personales tiene derecho a **1.** Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. **2.** Conocer, solicitar, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados o que induzca al error. **3.** Solicitar prueba de esta autorización. **4.** Ser informado(a) sobre el Tratamiento dado a sus datos. **5.** Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) por infracciones frente a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales. **6.** Revocar la autorización y/o solicitar la supresión de los datos suministrados a menos que exista un deber legal o contractual que haga imperativo conservar la información.
Estos derechos podrán ser ejercidos a través de los canales dispuestos por **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** en la Calle 73 No 9 – 42 oficina 307 en Bogotá D.C. o al correo atencion_usuario@fondounion.com

11. Autorización para consulta y reporte en Centrales de Riesgos

Autorizo en forma expresa e irrevocable al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** para consultar, realizar reportes positivos y/o negativos, procesar, solicitar y divulgar toda información referente al comportamiento comercial, financiero y crediticio, así como el nacimiento, ejecución, modificación, cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones que efectué o haya efectuado con el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, ante las centrales de riesgo de acuerdo con los términos de la Ley 1266 de diciembre de 2008 de habeas data y el alcance de la misma. Así mismo autorizó verificar mis referencias en todas aquellas entidades o personas que estimen conveniente o a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines y en general a cualquier empresa que administre bases de datos con el objeto de analizar, calificar y realizar estudios reputacionales y de cobro jurídico y pre jurídico si es el caso.

12. Autorización Descuento por Nómina

Yo mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de _____,identificado como aparece al pie de mi firma, Autorizo expresa e irrevocablemente al **Pagador de la entidad Empleadora** para que del sueldo, salario, bonificaciones, mesada pensional, o de cualquier suma a que tenga derecho, me sean descontados los valores correspondiente a las cuotas de aportes, ahorros ordinarios y extraordinarios, de (los) crédito(s) que adquiera en mi calidad de asociado que corresponden a la suma que adeude al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión.** Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente al **Pagador de la entidad Empleadora** para que de las sumas descontadas de mi nómina sean girados directamente y entregados al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** dentro del término fijado, conforme a la periodicidad pagos de mi nomina, para amortizar el (los) crédito (s) que me fue (ron) aprobado(s). Expresamente declaro que la presente autorización de libranza o descuento directo de nómina, no perderá su validez bajo ninguna circunstancia y permanecerá vigente mientras existan saldos a favor del **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, aun en el evento de cambio de **Pagador de la Entidad Empleadora**, toda vez que la simple autorización de libranza o descuento suscrita por mi facultará al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** para solicitar ante cualquier **Pagador de la Entidad Empleadora** con la que yo mantenga una relación laboral o contractual, el giro correspondiente de los recursos a los que tenga derecho, para la debida atención de las obligaciones adquiridas bajo la modalidad de libranza o descuento directo por nómina; en cuyo caso, me obligo con el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión** a informar sobre dicha situación de manera inmediata al momento que se produzca el cambio. Finalmente declaro con mi firma y huella que:
***** Conozco y acepto de forma voluntaria, bajo mi entera responsabilidad, que en caso de incumplimiento de mi parte en los pagos que he acordado realizar con el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, éste realice a nombre propio y/o a través de un abogado la cobranza prejudicial y/o judicial, cuando a ello hubiere lugar, para ello asumo las primas de seguro, comisiones y otros gastos derivados del trámite que deba adelantar el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, así mismo, asumiré los gastos de honorarios producto de eventuales demandas a mi nombre generadas por el incumplimiento del plan de pagos establecido a favor de **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión.**
***** Conozco y acepto los estatutos y reglamentos vigentes del **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión.**
* Conozco y acepto la política de manejo de datos personales, ley habeas data, que podrá hacer el **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, sobre mis datos personales.

13. Autorización de Débito a Cuenta de Ahorro y/o Corriente

Yo mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de _____,identificado como aparece al pie de mi firma, tal como lo he declarado en este documento, en caso de ser aceptado como asociado, autorizo al **Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión**, para que debite automáticamente de mi cuenta (corriente o de ahorros) _____ número _____, del banco _____ sucursal _____, los valores correspondientes a cuotas de aportes, ahorros, créditos y servicios, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo:

Nombre y Apellidos _____

Tipo y N° de documento _____

Ciudad _____

_____
Firma

Huella

14. Documentación Requerida

Documentos	Cumple	
	Si	No
1. Fotocopia del documento de identidad		
2. Certificación laboral menor a 30 dias		
3. Para el caso de Pensionados dos ultimos desprendibles de la pensión.		
4. Para el caso de Independientes certificación de ingresos firmado por Contador Publico y Fotocopia tajeta profesional		
5. Declaración de renta		

Espacio exclusivo para uso del Fondo de Empleados del Sector Financiero - Fondo Unión

Entrevistador		Verificó		Aprobó:	
Nombre		**Nombre**		**Nombre**	
Cargo		**Cargo**		**Cargo**	
Firma		**Firma**		**Firma**	
Fecha Entrevista :	AAAA / MM / DD	**Fecha Verificación :**	AAAA / MM / DD	**Fecha Aprobación :**	AAAA / MM / DD

Observaciones:	**Estado**	Aprobado ☐	Rechazado ☐
	Motivo del Rechazo		