

Formato de Vinculación o Conocimiento de Codeudor

Fondo de Empleados FONDO UNIÓN
www.fondounion.com

Fecha Diligenciamiento

Año Mes Día

INFORMACION DEL ASOCIADO

☐ Vinculación

☐ Codeudor

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento D / M / A

Lugar de Nacimiento

Genero

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Número: _____

Femenino ☐ Masculino ☐

C. Ciudadanía ☐ T. identidad ☐ C. Extranjería ☐ Otro ☐

Fecha de Expedición D / M / A

Lugar de Expedición

País

Dirección Residencia

TIPO DE VIVIENDA

Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐

Estrato

Casa o Apto / Torre o Bloque Nombre conjunto residencial

Barrio

Ciudad / Departamento

Teléfono

Celular

ESTADO Casado (a) ☐ Soltero (a) ☐

Viudo (a) ☐

NIVEL DE ESTUDIOS

Primaria ☐

Secundaria ☐

Técnico ☐

CIVIL Unión Libre ☐ Divorciado (a) ☐

Tecnólogo ☐

Universitario ☐

Post - grado ☐

No. de hijos Personas a Cargo Correo Electrónico

DATOS DEL CÓNYUGE

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo y Numero Documento de Identidad

OCUPACIÓN Empleado ☐ Empresa Donde Labora Fecha de vinculación D / M / A

Independiente ☐

Cargo E-mail

Pensionado (a) ☐

Celular Dirección

Ama de casa ☐

Teléfono Fecha de Nacimiento D / M / A

INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN Empleado ☐ Empresa Donde Labora Fecha de vinculación D / M / A

Cargo Tipo de contrato

Contacto Dirección

Declara Renta SI ☐ NO ☐ Teléfono

Pensionado ☐ Colpensiones ☐ Protección ☐ Porvenir ☐ Skandia ☐ Colfondos ☐ FOPEP ☐

Otros ☐ ¿Cuál? Declara Renta SI ☐ NO ☐

Independiente ☐ Actividad que desempeña Declara Renta SI ☐ NO ☐

Actividad económica Código CIU

Administra recursos públicos SI ☐ NO ☐

Entidad

Ejerce o ejerció cargos de poder público SI ☐ NO ☐

Cargo

Tiene reconocimiento público SI ☐ NO ☐

Fecha de ingreso

Es familiar de alguna persona políticamente expuesta SI ☐ NO ☐

¿Que vinculo o relación tienen?

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Otros Ingresos	Egresos Mensuales
Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio

Favor 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 - 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.

DATOS GRUPO FAMILIAR BASICO

	Nombre	Identificación	Parentesco	Ocupación	Porcentaje Autorizado
1.					%
2.					%
3.					%
4.					%
					100 %

Referencias Familiares

Nombre	Dirección	Teléfonos	Parentesco
Nombre	Dirección	Teléfonos	Parentesco

Referencias Personales

Nombre	Dirección	Teléfonos	Parentesco
Nombre	Dirección	Teléfonos	Parentesco

OPERACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐ ¿Cuáles? _____

¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐ Banco _____

Numero de cuenta _____ Moneda _____ Ciudad / País _____

FORMA DE PAGO

Señor Afiliado: Por favor marque
X en la forma de PAGO y
FRECUENCIA

NÓMINA ☐

PRIMERA QUINCENA ☐

SEGUNDA QUINCENA ☐

DÉBITO ☐

PRIMERA QUINCENA ☐

SEGUNDA QUINCENA ☐

CONSIGNACIÓN ☐

PRIMERA QUINCENA ☐

SEGUNDA QUINCENA ☐

Autorizo al Fondo Unión aplicar como cuota de aportes y ahorros permanentes, El % equivalente a \$ de mi sueldo
básico mensual \$ Ahorro Voluntario \$ Ahorro de inversión \$

DECLARACION 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 Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.** en caso de infracción a los numerales contenidos en este documento, eximiendo al **Fondo de Empleados Fondo Unión Ltda.** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo mediante el presente formulario al **Fondo de Empleados Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.** Mantener una eficiente comunicación a través de los canales telefónicos y electrónicos dispuestos por el **Fondo de Empleados Fondo Unión Ltda.**, 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 Fondo Unión Ltda.** tenga relación contractual y que sea necesario entregársela para el cumplimiento del objeto de la relación 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 Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.** en la Calle 73 No 9 – 42 oficina 307 en Bogotá D.C. o al correo atencion_usuario@fondounion.com

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo en forma expresa e irrevocable al **Fondo de Empleados Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.** 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.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NOMINA

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 Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.** dentro del término fijado, conforme a la periodicidad pagos de mi nómina, 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 Fondo Unión Ltda.**, 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 Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.** 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 Fondo Unión Ltda.**, 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 Fondo Unión Ltda.**, , 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 Fondo Unión Ltda.** * Conozco y acepto los estatutos y reglamentos vigentes del **Fondo de Empleados Fondo Unión Ltda.** * Conozco y acepto la política de manejo de datos personales, ley habeas data, que podrá hacer el **Fondo de Empleados Fondo Unión Ltda.**, sobre mis datos personales.

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 Fondo Unión Ltda.**, para que debite automáticamente de mi cuenta (corriente o de ahorros) _____ número _____, del banco _____, los valores correspondientes a cuotas de aportes, ahorros, créditos y servicios, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

Nombres y Apellidos Tipo y # de Documento Ciudad	Firma	Indicé Derecho
---	------------------	---------------------------

Espacio exclusivo para uso de Fondo Unión Ltda.

Documentos	Cumple	
	Si	No
1. Fotocopia del documento de identidad		
2. Certificación laboral menor a 30 días		
3. Para el caso de pensionados últimos desprendibles de la pensión		
4. Para el caso de independientes certificación de ingresos firmado por contador público y fotocopia tarjeta profesional		
5. Declaración de renta		

Año

Mes

Día

Nombre:

Cargo:

ENTREVISTADOR

Año

Mes

Día

Nombre:

Cargo:

VERIFICÓ

Año

Mes

Día

Nombre:

Cargo:

APROBÓ

Observaciones:

Estado: Aprobado ☐ Rechazado ☐

Motivo del rechazo: