

Fecha: Julio 2019

Versión 2

1. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de diligenciamiento:	DD	MM	AA	
----------------------------	----	----	----	--

Nombres	Apellidos
---------	-----------

Número de documento	CC _____ CE _____	No. Documento
---------------------	-------------------	---------------

Nacionalidad

Fecha de nacimiento	Dirección de residencia / Barrio
---------------------	----------------------------------

Área / Cargo	Ciudad
--------------	--------

Profesión /Ocupación	Teléfono residencia
----------------------	---------------------

Celular	Correo electrónico:
---------	---------------------

Estado civil:	Soltero/a _____	Unión libre _____	Separado/a _____	Casado /a _____	Viudo /a _____
---------------	-----------------	-------------------	------------------	-----------------	----------------

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ALGUIEN LO REFIRIÓ PARA AFILIARSE A UnionCES?
-----------------------------	-----------------------------	---

En caso de haber sido referido , indique el nombre del asociado:

¿Es o fue un funcionario, empleado de una entidad pública controlada por el gobierno?	SI <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	----------------------------

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	----------------------------

¿Goza usted de algún reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	----------------------------

¿Existe algún vínculo familiar entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	----------------------------

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, proporcione por favor los nombres, cargos, vínculo familiar y entidades en las que fue o es funcionario de la entidad pública.

--

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	-------------------	----------------------

PATRIMONIO	<input type="text"/>	OTROS INGRESOS MENSUALES	<input type="text"/>
------------	----------------------	--------------------------	----------------------

CONCEPTO	<input type="text"/>
----------	----------------------

	<input type="text"/>
--	----------------------

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto realizo las siguientes declaraciones a UniónCES:

1) Tanto mis actividades, mi profesión u oficio son lícitas, las ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas, en las contempladas en el código penal o en cualquier norma que lo constituya.

2) Declaro y acepto que UniónCES está en la obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinente en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales se pueda tener dudas razonables sobre mis transacciones, así como el origen de mis activos, evento en el cual suministraré las aclaraciones que sean del caso.

ORIGEN DE FONDOS:	<input type="text"/>	* Explicar de donde proviene sus fondos.
-------------------	----------------------	--

4. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

UNIONCES le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades del fondo o en las que éste participe directa o indirectamente, en especial las de ahorro, crédito y bienestar social. Puede verificar finalidades específicas en el Capítulo 5 de la Política de Tratamiento de datos personales del fondo UNIONCES. Puede consultar nuestra política visitando la página web <http://www.unionces.com>. Si usted desea consultar, actualizar, rectificar o suprimir datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el Capítulo 7 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escribanos un correo electrónico a habeasdata@unionces.com indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono (57 4) 576 72 72 extensión 7555. Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por el Fondo de Empleados del CES "UNIONCES"

Autorizo a UniónCES, a consultar y verificar mis datos en las centrales de información y/o bases de datos públicas, especialmente en las listas establecidas para el control y prevención de Lavado de Activos y la Financiación de Terrorismo.

5. AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE NÓMINA

Autorizo a: Clínica CES
Universidad CES
ICMT

Para que deduzca quincenalmente de mi salario las cuotas fijas que aparecen en esta solicitud

Ahorro obligatorios
Ahorro navideño
Ahorro vacacional
Ahorro de vivienda
Ahorro estudiantil

6. INFORMACIÓN LABORAL

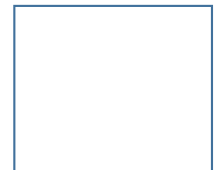
Fecha ingreso a la empresa: _____
Cargo que ocupa _____
Tipo de contrato _____

Ubicación / sede _____
Fecha ingreso UniónCES _____

7. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado el presente documento, declaro que la información que he suministrado es veraz y procedo con la firma del documento

Firma



Huella dactilar