

FONDO DE EMPLEADOS DEL CES – UnionCES

Señores Corporación para Estudios en Salud – Clínica CES, Universidad CES, Instituto Colombiano de Medicina Tropical – ICMT, Union Temporal San Vicente CES.

En virtud de lo dispuesto por el decreto 1481 de 1989, donde se reglamenta el funcionamiento de los Fondos de Empleados y en el artículo 150 del código sustantivo de trabajo, atentamente solicito a usted se sirva retener quincenalmente y entregar oportunamente al Fondo de Empleados del CES- UnionCES, de lo que cualquier concepto me haya de pagar la cantidad de:

Ahorro navideño \$ _____ Cuota quincenal

Ahorro vacacional \$ _____ Cuota quincenal

Ahorro estudiantil \$ _____ Cuota quincenal

Ahorro de vivienda \$ _____ Cuota quincenal

Ahorro voluntario \$ _____ Cuota quincenal

Nombre completo: _____

Número de cédula: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DEL CES “UNIONCES”

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.co/> 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 escríbanos un correo electrónico a habeasdata@unionces.com.co 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”

Firma, en constancia de aceptación

Fecha: