



FONDO DE EMPLEADOS DEL CES - UnionCES

De todos y para todos!!!

**RECONOCIMIENTO POR PAGO COPAGOS (CIRUGIA / HOSPITALIZACION)**

Fecha solicitud: \_\_\_\_\_ Cédula asociado (a): \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos Asociado (a) \_\_\_\_\_

Nombre postulado para auxilio: \_\_\_\_\_

Parentesco con el asociado: Padre / Madre ( ) Hijo-a- ( ) Esposo -a- ( )

Valor copago cancelado: \_\_\_\_\_

Fecha ingreso a UnionCES: \_\_\_\_\_ Aceptado para auxilio: Si ( ) No ( )

Observaciones: \_\_\_\_\_

**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> 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.co](mailto: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 asociado (a): \_\_\_\_\_

Total reclamado a la fecha por este rubro: Año 2024 \_\_\_\_\_

Total auxilio reconocido: \_\_\_\_\_

Firmas de autorización:

Verificación de información: \_\_\_\_\_

Autorización desembolso dinero: \_\_\_\_\_