

DD MM AA

Formulario de vinculación de asociado

Ingreso ☐ Reingreso ☐ Actualización ☐

FonSer+
Fondo de Empleados Hospital Alma Máter de Antioquia

Información personal

Nombres

Sexo

Nacionalidad

M

F

Primer apellido

Segundo apellido

Tipo de documento

N° de identificación

Tipo de sangre

Expedido en

Fecha de expedición

CC

CE

PAS

Ciudad / Departamento

DD

MM

AA

Estado Civil

Lugar de nacimiento

Fecha de nacimiento

Casado(a)

Soltero(a)

Divorciado(a)

Departamento / Municipio

DD

MM

AA

Separado(a)

Unión libre

Dirección

Departamento

Ciudad

Barrio

Estrato

Celular

Correo electrónico

Tipo de vivienda

Familiar

Propia

Arrendada

Referencia familiar

Nombres y apellidos

Cédula

Parentesco

Contacto

Información laboral

Nombre de la empresa

Cargo

Tipo de contrato

Fecha de vinculación

Indefinido

Término fijo

DD

MM

AA

Dirección empresa

Departamento

Municipio

Teléfono

Líneas de ahorro

Ahorro estatutario

\$

Ahorro Navidad

\$

Ahorro Vacaciones

\$

Ahorro Educación

\$

Otros

\$

Información financiera

Entidad Financiera

Total activos

Opcional

Tipo de Cuenta

Número de Cuenta

Ahorro

Corriente

Total pasivos

Opcional

Salario

Otros ingresos

\$

\$

Total patrimonio

Opcional

PREGUNTAS: Personas Expuestas Políticamente PEP (Aplica para cónyuge y/o compañero permanente)

¿Administra recursos públicos?

Sí

No

¿Es un asociado PEP (persona expuesta publicamente)?

Sí

No

Operaciones en moneda extranjera

Realiza Operaciones en
Moneda Extranjera

Sí ☐

No ☐

¿Cuáles?

Posee cuentas en
Moneda Extranjera

Sí ☐

No ☐

Declaro que no realizo transacciones
en moneda extranjera

Firma

Autorización descuentos de nómina

Autorizo a mi empleador, y me responsabilizo de la firma, para el descuento periódico por nómina de los salarios, prestaciones, indemnizaciones o cualquier otro concepto a que tenga derecho y/o fondo de cesantías en los que tengo consignadas mis cesantías, para que, en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas, sean descontados y pagados directamente a los saldos debidos en su favor por los créditos y servicios otorgados por cualquier concepto, inclusive valores pagados de más. Para este efecto declaro suficiente la certificación del Fondo de Empleados Fonsermás sobre el saldo debido a su favor.

Autorización reporte a centrales de riesgo y registro bases de datos

Autorizo al Fondo de Empleados Fonsermás para que exclusivamente y para fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos, Registro Nacional de Base de Datos y listas de riesgo, sobre todas mis operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubieren otorgado o se me otorguen en el futuro. También que las notificaciones y requerimientos sean enviados (voz y texto) a mis datos de contacto aquí registrados, y los que reposan en la base de datos de mi empleador. Igualmente autorizo para que a cualquier hora me contacten para brindarme información pertinente al Fondo de Empleados de Fonsermás. Todas las llamadas entrantes y salientes son grabadas y monitoreadas y son utilizadas para garantizar un mejor servicio, y como medio probatorio.

Autorización publicación de videos y fotografías

Autorizo al Fondo de Empleados Fonsermás a publicar imágenes y/o videos en los que aparezca para que sean reproducidos o puestos a disposición y comunicados para el fin de promocionar los beneficios y servicios del Fondo de Empleados por cualquier medio a nivel corporativo y externo incluidas las redes sociales. Acepto que al autorizar el uso de mi imagen sobre los videos y las fotografías el al Fondo de Empleados Fonsermás, está facultado para alterar, adaptar o modificar dichas imágenes a su discrecionalidad y que no seré compensado(a), por lo tanto, reconozco que no tendré derecho a alguno para exigir al Fondo de Empleados Fonsermás suma alguna por la reproducción, comunicación corporativa y explotación de los videos y fotografías para los fines indicados en este documento. Con el consentimiento expreso brindado autorizo el uso de mi nombre, imagen, fotografía y voz sin que sea una violación o vulneración a los derechos a la publicidad, intimidad e identidad.

Protección de datos

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Ley 1377 de 2013, y demás leyes que regulen el tema de Habeas Data, declaro que el Fondo de Empleados Fonsermás, como responsable del tratamiento y protección de mis datos personales, recolectados en virtud de mi calidad como asociado me ha dado a conocer los derechos que me asisten como titular de la información para la protección, modificación o supresión de estos.

1. Recolectar, consultar, actualizar, modificar, procesar, y eliminar la información referente a mis datos personales, consignados en esta solicitud y sus anexos o proporcionada a través de cualquier otro medio.
2. Soliciten, consulten, compartan, informen, reporten procesen, modifiquen, aclaren, retiren, o divulguen, ante las entidades de consulta de bases de datos públicas o privadas u operadores de información y riesgo, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con fines legalmente definidos para este tipo de entidades todo lo referente a relaciones o servicios prestados o sostenidos con otras entidades o personas.
3. Compartan, transmitan transfieran y divulguen mi información y documentación con otras entidades públicas o privadas, a fin de que las entidades usen mis datos, a partir de la recepción de los mismos para: gestionar, establecer, mantener, administrar y terminar la relación de asociación o para la prestación de servicios con terceros, administrar el riesgo de lavado de activos y de financiación del terrorismo; reportar información a las autoridades judiciales, aduaneras, de impuestos o cualquier otra que requiera en virtud de sus funciones.

Firma del vinculado

Huella
(Opcional)

Espacio exclusivo para FONSER+

Información de la asesoría

Nombre y Apellido

Cargo

Fecha y Hora

DD MM AA :