

CRÉDITO DE CONSUMO

INFORMACIÓN BÁSICA PERSONA NATURAL

Ciudad:	Fecha	Año	Mes	Día	Caja <input type="checkbox"/>	Forma de pago	Libranza <input type="checkbox"/>
Solicitante	Monto / Cupo solicitado		Plazo (en meses)		Valor cuota solicitada		
Deudor <input type="checkbox"/>	\$				\$		
	Monto / Cupo aprobado		Plazo (en meses)		Valor cuota aprobada		
\$				\$			
Garantía ofrecida	Pagaré <input type="checkbox"/>	Letra <input type="checkbox"/>	Libranza <input type="checkbox"/>	Hipoteca <input type="checkbox"/>	Prenda <input type="checkbox"/>	Otra:	

Destino del crédito:

LÍNEA DE CRÉDITO

Largo plazo <input type="checkbox"/>	Ordinario <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>	Seguros generales <input type="checkbox"/>	Bienes y servicios <input type="checkbox"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	Comisión de estudios <input type="checkbox"/>	Calamidad doméstica <input type="checkbox"/>
Libreta <input type="checkbox"/>	Temporal <input type="checkbox"/>	Vehículo <input type="checkbox"/>	Impuestos <input type="checkbox"/>	Cartera <input type="checkbox"/>		LP Semestral <input type="checkbox"/>	Libre inversión <input type="checkbox"/>
Prima 6 <input type="checkbox"/>	Prima12 <input type="checkbox"/>	Turismo <input type="checkbox"/>					

DATOS DEL ASOCIADO

Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		Nº de identificación		Lugar de expedición - Ciudad	
Dirección residencia:		Barrio		Municipio	
Departamento					
Teléfono (1)	Teléfono (2)	Celular		Correo electrónico	
Profesión:					
Empleado <input type="checkbox"/>			Pensionado <input type="checkbox"/>		

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Manifiesto de manera previa, expresa e inequívoca, que autorizo al FONDO DE EMPLEADOS PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MANIZALES con NIT 890.803.056-8, en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales, para que directamente o a través de un tercero recolecte, almacene, circule, actualice, utilice, suprima y en general trate mis Datos Personales, para las finalidades generales de todos los Grupos de Interés y las específicas para Asociados y Beneficiarios, contenidas en la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales, la cual declaro conocer y entender, y como tal, forma parte integral de la presente autorización, y está siempre a disposición para su consulta en la página web www.fapun.com y específicamente para el cumplimiento de normas legales y/o contractuales y las siguientes:

FINALIDADES		AUTORIZO	
		SI	NO
1.	Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo del objeto social de FAPUN en lo que tiene que ver con el cumplimiento del objeto de la afiliación que realizó el Titular de la información.		
2.	Prestar los servicios ofrecidos y comercializados a través de FAPUN y aceptados por el Titular de la información.		
3.	Análisis de información y ejecución de estadísticas, investigaciones comerciales y con el fin de procesar información para el sistema de administración de los diferentes riesgos de FAPUN.		
4.	Transmisión y transferencia de Datos Personales a terceros con los cuales FAPUN tenga relación contractual y que sea necesario entregársela para el cumplimiento del objeto social, en países considerados por la Superintendencia de Industria y Comercio como seguros o aquellos que no lo sean, siempre y cuando los Encargados del Tratamiento que almacenen la información contengan políticas de confidencialidad, privacidad y protección y custodia de la información y se suscriba con estos un Contrato de Confidencialidad y Transmisión de Datos Personales.		
5.	Realizar reportes positivos y negativos, procesar, solicitar y divulgar información comercial, financiera y crediticia a Operadores o Administradoras de Bases de Datos, Entidades Financieras y Crediticias y Centrales de Riesgo legalmente establecidas. Solicitar y consultar, con fines estadísticos, de control, de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento y/o mora de obligaciones que se encuentre disponible en la y/o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior. Esta autorización se extiende a estas Administradoras u Operadoras de Bancos de Datos, Entidades Financieras y Crediticias y Centrales de Riesgo legalmente establecidas.		
6.	Verificación de datos y referencias suministradas. Declaro contar con la Autorización de las referencias indicadas, para suministrar sus Datos Personales a FAPUN y para que éste, directamente o a través de terceros, las contacte para solicitar referencias mías. Asimismo, declaro que mantendré indemne a FAPUN, por cualquier perjuicio que se llegare a ocasionar, por no contar con la debida autorización.		
7.	Envío de comunicaciones relacionadas con las finalidades contenidas en la Política de Privacidad, el objeto social de FAPUN o aliados estratégicos, publicidad, eventos, comercialización y promoción de productos y/o servicios, concursos y campañas de actualización de datos, de fidelización, rifas, a través de los datos de contacto profesionales, empresariales y/o personales de los Titulares, incluyendo, pero sin limitarse a teléfono fijo y/o móvil, correo físico y/o electrónico, mensajes de texto SMS y/o MMS, redes sociales, medios electrónicos y/o cualquier otro medio de comunicación.		

8. Conservación de registros documentales de mi asistencia a eventos o capacitaciones, tales como listas de asistencia, fotografías, grabaciones de voz y/o videos, con finalidades históricas, indicadores internos y publicaciones tanto internas como externas.

NOTA: En caso tal de no autorizar las finalidades 1, 2, 3, 4, 5 y 6 no podrá acceder a los servicios como Asociado de FAPUN.

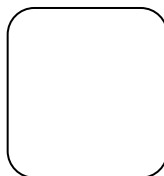
- Asimismo, declaro que soy mayor de edad y Titular de los datos suministrados y que los mismos son exactos, veraces y completos.
- Manifiesto que me fueron informados mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y solicitar que se supriman mis datos personales en los casos que proceda conforme a las normas vigentes, o de revocar mi autorización para alguna(s) de las finalidades contenidas en la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales, salvo en los casos que tenga un deber legal o contractual de permanecer en las bases de datos.
- Declaro que me fue informada mi facultad para autorizar el tratamiento a mis datos sensibles, entendidos estos como aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido pueda generar su discriminación, tales como los datos biométricos (huella dactilar, el iris del ojo, voz, forma de caminar, palma de la mano o los rasgos del rostro, entre otros) y cualquier dato personal de Niños, Niñas y/o Adolescentes, entre otros.
- Finalmente, declaro conocer que, en caso de requerir información adicional, podré comunicarme con el Responsable del Tratamiento, a través del correo electrónico asistente@fapun.com o directamente en las instalaciones del Responsable del Tratamiento ubicadas en Manizales en la dirección Carrera 27 No. 64 – 60 Bloque F Universidad Nacional Sede Palogrande.
- En caso tal de suministrar datos de mis beneficiarios y de brindar referencias familiares y personales, por medio de la presente, me comprometo a contar con su autorización en estos mismos términos, para que el Responsable del Tratamiento pueda Tratar sus Datos Personales.
- Me comprometo a actualizar esta información por lo menos una vez al año, certificando que la información suministrada en este formulario es veraz y autorizo al Responsable del Tratamiento para que realice las respectivas verificaciones.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y son de procedencia legal.

DATOS PARA EL DESEMBOLSO

Autorizo a FAPUN para transferir a:		Información de terceros:	
Titular _____		Dirección _____	
CC / NIT _____		Correo electrónico _____	
Cuenta: Corriente () De ahorro ()		Tel. Celular _____	
No _____		Tel. Residencia _____	
Banco _____		Tel. Oficina _____	

Habiendo leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

Firma del solicitante



Huella índice derecho

N° de identificación

PARA USO EXCLUSIVO DE FAPUN

Análisis Cartera:	Aprobación Tesorero:	Aprobación Representante Legal
 Monto a girar:		
\$		

Fecha de radicación: _____ No. De Radicación en FAPUN: _____