



Fondo de Empleados Profesores de la Universidad Nacional
de Colombia Sede Manizales – FAPUN -
NIT 890.803.056-8
Cra 27 N° 64 – 60 Bloque F Ofic. 201 Manizales – Teléfonos
8860659

SOLICITUD UNICA DE SERVICIOS
(Diligenciar con letra legible, sin
tachones ni enmendaduras)

Servicios solicitados		Tipo de usuario		Si es codeudor favor colocar:	
Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/>		Solicitante <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>		Nombre deudor	
N° Identificación Deudor					
Fecha Día / Mes / Año	Ciudad	Departamento	N° radicado		
INFORMACIÓN PERSONAL					
Nombre (s)		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	N.º de identificación		Fecha de expedición Día / Mes / Año		Lugar de expedición
Fecha de nacimiento Día / Mes / Año	Ciudad de nacimiento	Departamento de nacimiento		País de nacimiento	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	Nivel de estudios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico	<input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Postdoctorado	Título Profesional
N° personas a cargo					N° de hijos
Dirección de residencia		Barrio	Municipio	Departamento	
Teléfono (1)	Teléfono (2)	Celular		Correo electrónico	
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada	Nombre(s) y apellido(s) del arrendatario o agencia		Teléfono(s) arrendatario	Estrato vivienda	
				Tiempo en la vivienda (meses)	
INFORMACIÓN LABORAL					
Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente formal <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> ¿Otra? <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					
Actividad económica RUT		Código CIU RUT	¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
(Solo para empleados) Empleado del sector privado <input type="checkbox"/> Empleado del sector público <input type="checkbox"/>		¿Posee familiares que sean Personas Expuestas Públicamente?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Empresa donde labora			Cargo	Fecha de vinculación Día / Mes / Año	
Tipo de contrato (solo empleados) Indefinido <input type="checkbox"/> Prestación servicios <input type="checkbox"/> Provisionalidad <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Libre nombramiento <input type="checkbox"/> Carrera activa <input type="checkbox"/> Labor contratada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual? _____					
Dirección empresa		Barrio	Municipio	Departamento	
Correo electrónico empresa				N° teléfono	
N° de empleados	¿Tiene local comercial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador		Teléfono arrendador	
INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES		
1. Salario		1. Valor arriendo			
2. Pensión FOPEP <input type="checkbox"/> UNISALUD <input type="checkbox"/> COLPENSIONES <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> CUAL? _____		2. Obligaciones financieras			
3. Honorarios o comisiones		3. Deducciones colilla			
4. Arriendos		4. Gastos familiares			
5. Ventas de su actividad principal		5. Otros egresos			
6. Otros ingresos		6 Total egresos			
7. Total ingresos		Descripción otros egresos			
Descripción otros ingresos		¿Es declarante de renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

ACTIVOS		PASIVOS	
Ahorros	\$	Deudas Financieras	\$
Inversiones	\$	Deudas Con Cooperativas (No incluir FAPUN)	\$
Bienes Raíces	\$	Deudas con Terceros	\$
Vehículo	\$	Deudas por Tarjetas de créditos	\$
Otros Activos	\$	Otros Pasivos	\$
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$

DESCRIPCIÓN DE LOS ACTIVOS

¿Tiene propiedad Raíz? SI NO Tipo de propiedad Casa Apartamento Finca Lote Local

Dirección	Ciudad	Departamento	Valor comercial \$	Hipoteca a favor de	
Dirección	Ciudad	Departamento	Valor comercial \$	Hipoteca a favor de	
¿Tiene vehículo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Marca	Modelo	Placa	Valor comercial \$	Prenda a favor de
	Marca	Modelo	Placa	Valor comercial \$	Prenda a favor de

OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN	VALOR
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?
Posee cuentas en moneda extranjera SI __ NO __	Nº cuenta	Banco Ciudad
		Moneda País

Declaro contar con la Autorización de las referencias indicadas a continuación, 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.

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

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	Fecha de nacimiento Día / Mes / Año
Profesión, ocupación u oficio		Ciudad de nacimiento
Empresa donde labora		Departamento nacimiento
Cargo	Salario / Ingresos (\$)	Teléfono de la empresa
		Celular

REFERENCIAS FAMILIARES (que no vivan con usted)

Nombres y apellidos completos			Parentesco
Celular	Teléfono residencia	Dirección de Residencia	Teléfono empresa
Nombres y apellidos completos			Parentesco
Celular	Teléfono residencia	Dirección de Residencia	Teléfono empresa

REFERENCIAS PERSONALES (no familiar)

Nombres y apellidos completos			Relación
Celular	Teléfono residencia	Dirección de Residencia	Teléfono empresa
Nombres y apellidos completos			Relación
Celular	Teléfono residencia	Dirección de Residencia	Teléfono empresa

En caso de mi fallecimiento, declaro expresamente como beneficiario para que le sean pagados los aportes sociales que poseo a:

Nombre(s) y apellido(s) completos	Doc. de identificación	Parentesco	Teléfono	Ciudad	%

I. 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:

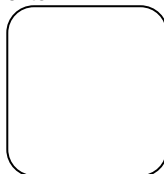
FINALIDADES		AUTORIZO	
		SI	NO
1.	Efectuar las gestiones pertinentes para el desarrollo del objeto social de FAPUN en lo que tiene que ver con el cumplimiento del objeto de la afiliación que realizó el Titular de la información.		
2.	Prestar los servicios ofrecidos y comercializados a través de FAPUN 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 se podrá vincular y/o 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.

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

Firma del solicitante



N° de identificación

Huella índice derecho

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN – USO EXCLUSIVO DE FAPUN

¿El solicitante ha tenido productos con FAPUN?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de la entrevista:	Día	Mes	Año
¿Se aportó toda la documentación exigida?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Es o tiene parentesco con algún empleado?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hora de la entrevista:			
¿Se verificaron las referencias?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿El resultado de la entrevista es satisfactorio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Nombre del funcionario que realiza la entrevista	Firma del funcionario que realiza la entrevista				
ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>	Anexa Fotocopia c.c Certificado laboral Desprendible de pago				
Nombre representante legal	Firma representante legal				
Nombre oficial de cumplimiento SARLAFT	Firma empleado de cumplimiento SARLAFT				