

FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATL.



NIT No 900.940.343 -9
CALLE 44 No. 36-95 TELS. 3414534 - 3049424
Email: Fonvima_atlantico@hotmail.com

BARRANQUILLA - COLOMBIA

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR APORTES

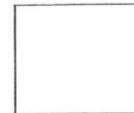
Yo _____, Identificado con cédula de ciudadanía número _____, en mi calidad de asociado del **FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATLANTICO** con NIT número 900.940.343-9 me permito autorizar que de la mesada pensional reconocida mediante Resolución número _____ de fecha _____ me sea descontado el 1% de la mesada pensional de conformidad con lo establecido en los estatutos de **FONVIMA** y aceptados por mí al momento de la afiliación y/o vinculación.

ESPACIO RESERVADO A FONVIMA

Autorizo que dicho porcentaje o suma de dinero se descuente a partir de la nómina del mes de _____, del año _____.

Como constancia y aceptación de lo anterior, suscribo la presente autorización a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y Huella dactilar



1. Nombre y Apellido Completo. _____

2. Identificación _____

3. Dirección y Teléfono _____

Anexar los siguientes Documentos:

1. Copia Resolución donde reconocen Pensión Fidupervisora
2. Ultimo Volante de Pago Fidupervisora.
3. Fotocopia de Cedula

Autorización para el tratamiento de datos personales

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por FONVIMA de que:

- i. FONVIMA actuará como Responsables del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.fonvima.com
- ii. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
- iii. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
- iv. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por las entidad y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de FONVIMA.
- v. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico atencionalusuario@fonvima.com
- vi. Las Compañías garantizan la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a FONVIMA para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en _____, el _____ de _____ de 20____

Firma: _____

Nombre: _____

Identificación: _____

NOTA: Por favor diligencie este documento con su nombre, identificación, fecha y firma

FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO

NIT. 900.940.343 - 9

Calle 44 No. 36 - 95 Tels. 3414534 - 3049423 - 3049424

Email. Fonvima_atlantico@hotmail.com

Barranquilla - Atlántico

SOLICITUD DE AFILIACION

No.

0001

FECHA

DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDOS		NOMBRES	
C.C.		DE	FECHA DE EXP:
CÓDIGO		CORREO ELECTRONICO	
EMPRESA		LUGAR DE TRABAJO	
CARGO:		SUELDO:	
TIEMPO DE SERV.		DIRECCIÓN RESIDENCIA	
TEL. RESIDENCIA		MUNICIPIO	
FECHA DE NAC :		LUGAR DE NACIMIENTO:	
ESTRATO SOCIO ECONOMICO:		GENERO:	M () F ()
NIVEL DE ESTUDIO:	BACHILLER() TECNICO () UNIV()	ESTADO CIVIL:	

NOMBRE

FIRMA

C.C.

USO EXCLUSIVO FONVIMA

CONFIRMADO POR			
MES DE DESCUENTO:		AÑO:	
FECHA DE INGRESO:		FECHA DE RETIRO:	