



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR CONVENIOS FONDO DE EMPLEADOS FONALIANZA

F-FLZ003

FECHA DE LA SOLICITUD :

NOMBRE ASOCIADO :

N° DE CEDULA:

N° DE CELULAR :

NOMBRE DEL CONVENIO :

VALOR DEL CONVENIO :

No. DE CUOTAS :

TÉRMINOS Y CONDICIONES AUTORIZADOS

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a Fonalianza, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde consigan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente a los sectores de la economía, y en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. AUTORIZO al fondo de empleados Fonalianza para que se me notifique y se me realice el cobro de mi obligación por llamadas telefónicas, mensajes de texto, carta o correo electrónico, así como para que me contacte por cualquiera de los canales de comunicación que utiliza, para el envío de mensajes publicitarios. Sí y acepto que el hecho de que envíe mi solicitud, no quiere decir que esta será aprobada, que los convenios y demás alianzas por servicio o producto están sujetas a disponibilidad o cambios en los términos de las negociaciones con el proveedor aliado con el que realizo la solicitud. Me comprometo y estoy de acuerdo en realizar el seguimiento correspondiente con el proveedor respecto a la compra, producto o servicio que deseo adquirir, una vez que se me haya autorizado el convenio. Entiendo que Fonalianza no se hace responsable por cualquier inconformidad o daño que pueda generar el tercero. Asimismo, acepto y asumo que, para efectos de garantía o reclamaciones derivadas de los mismos, deberé dirigirme directamente con el proveedor o tercero con el que realice la solicitud, liberando a Fonalianza de cualquier responsabilidad al respecto, ya que actúa únicamente como entidad intermediadora con el proveedor para realizar las deducciones a través de nómina.

Autorizo expresamente a la empresa para la cual laboro, para que me descuento de los ingresos que percibo por concepto de salario, compensaciones, honorarios o cualquier ingreso, para cubrir la obligación que genere este convenio. Lo autorizo así mismo, en caso de perder mi calidad de asociado por cualquier causa, para que cruce el saldo insoluto del valor del convenio con cualquier suma de dinero que me pueda corresponder como liquidación definitiva de las prestaciones sociales, compensaciones ordinarias y extraordinarias, honorarios y en general cualquier acreencia a mi favor incluidos los aportes sociales, los ahorros permanentes y voluntarios que posea en el Fondo de Empleados al momento de mi retiro. Así mismo, manifiesto que autorizo a FONALIANZA para que realice el descuento del valor de la cuota pactada en el momento, así como también para que la misma sea actualizada de acuerdo con las políticas de la entidad que oferta el servicio adquirido, como lo son los planes exequiales, seguros de vida, entre otros. Siendo así indicó que estoy de acuerdo con la información previamente proporcionada y dado esto doy mi consentimiento, a través del sí y la firma insertada por este medio. Nota: Se informa a todos nuestros asociados que en cualquier momento podrá realizar el pago anticipado de su obligación según lo establecido en la ley 2032 de 2020, adicionalmente requiere que cuando reporte el pago a Fonalianza nos indique si desea que se aplique a disminución de cuota o plazo.

Firma digital asociado: _____

ESPACIO EXCLUSIVO FONALIANZA

FECHA:
ESTADO:
RESPONSABLE: