

Bogotá D.C. _____ de _____ de 20__.

Señores

FONDO UNIANDES

Ciudad

Yo, _____, mayor de edad, identificado(a) con ____ No. _____ de _____, realizo las siguientes declaraciones con el fin efectuar la apertura mi AHORRO en el **Fondo UNIANDES**:

1. Conozco y acepto que para el Ahorro Pensional se deberán realizar aportes periódicos.
2. Conozco y acepto que el Ahorro Pensional será descontado directamente de nómina.
3. Conozco y acepto que las sumas depositadas en el Ahorro Pensional serán remuneradas por el Fondo UNIANDES de acuerdo a la tasa establecida por la Junta Directiva en forma anual, con base en el resultado del ejercicio.
4. Conozco y acepto que los recursos depositados bajo la modalidad de Ahorro Pensional, no apalancan crédito con la entidad.
5. Conozco y acepto que en caso de mi retiro del Fondo UNIANDES, los recursos depositados bajo la modalidad de Ahorro Pensional, automáticamente se cruzarán con las obligaciones vigentes.
6. Conozco y acepto que el Ahorro Pensional puede ser objeto de embargos ordenados por autoridades competentes.
7. Declaro que conozco y acepto lo reglamentado en el Fondo UNIANDES para la apertura de este tipo de depósitos.

Para constancia de lo anterior firmo, a los ____ días del mes de _____ de 20__.

Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identificación: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____



SOLICITUD DE APERTURA AHORRO PENSIONAL

FOR - AHO - 006

Versión 00

Fecha: Enero 2023

Fecha de solicitud _____

Nombres y apellidos _____

Documento CC CE PAS No _____

Celular _____ Correo _____

**¿Cuál es su decisión
de ahorro mensual?**

% (Mínimo el 2% del salario básico mensual)

Firma asociado _____ Documento de identidad _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO UNIANDES

Salario descubierto Antes de la solicitud % Después de la solicitud %

Aprobado SI NO

Firma

Fecha