

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 A LA VISTA (Ahorro Preferencial) en el **Fondo UNIANDES**:

1. Conozco y acepto que en la modalidad de Ahorro Preferencial se deberá realizar un aporte único al momento de su apertura.
2. Conozco y acepto que las sumas depositadas en el Ahorro Preferencial serán remuneradas por el Fondo UNIANDES, de acuerdo con la tasa establecida al momento de su apertura.
3. Conozco y acepto que las sumas depositadas en el Ahorro Preferencial no podrán ser retiradas hasta finalizar el periodo pactado, salvo el caso donde se presente un retiro del Fondo UNIANDES.
4. Conozco y acepto que los recursos depositados bajo la modalidad de Ahorro Preferencial, en caso de mi retiro del Fondo UNIANDES, automáticamente se cruzarán con las obligaciones vigentes.
5. Conozco y acepto que este tipo de ahorro a la vista puede ser objeto de embargos ordenados por autoridades competentes.
6. 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 PREFERENCIAL

FOR - AHO - 008

Versión 00

Fecha: Enero 2023

Fecha de solicitud _____

Nombres y apellidos _____

Documento ☐ CC ☐ CE ☐ PAS No _____

Celular _____ Correo _____

Los recursos para la apertura provienen de:

Valor de apertura

\$ _____

- ☐ Ahorro extraordinario
- ☐ Ahorro Beneflex o Pactoflex
- ☐ Consignación o transferencia al Fondo UNIANDES
- ☐ Otro. ¿Cuál? _____

Firma asociado _____ Documento de identidad _____

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONDO UNIANDES

Aprobado ☐ SI ☐ NO ☐

Firma

Fecha