



FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA

"FONSALUDH"

NIT.800.131.939-4

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

DATOS ASOCIADOS

CIUDAD Y FECHA		TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NITEX. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>					
No. DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			LUGAR		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES		
DIRECCIÓN		BARRIO		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
PAÍS		TELEFONO		CELULAR		E-MAIL	
GENERO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>		MUJER CABEZA DE FAMILIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
LUGAR DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL: SOLTERA(O) <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> SEPARADO (A) <input type="checkbox"/>		UNION LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> VIUDO (A) <input type="checkbox"/>			
ESTUDIOS REALIZADOS	PRIMARIA <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>	BACHILLERATO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> POST - DOCTORADO <input type="checkbox"/>		
TÍTULO PROFESIONAL		VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>		ESTRATO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
APORTES \$	SALARIO \$	AHORRO FONDISALUDH \$	EDUCACION COOPERATIVA	NINGUNO <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/>		ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
BENEFICIARIOS							
CEDULA	NOMBRE		PARENTESCO		%		
DATOS LABORALES							
EMPRESA CONTRATANTE							
EMPRESA DONDE LABORA				TIPO DE CONTRATO	INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input type="checkbox"/>	
				FIJO <input type="checkbox"/>	AGREMIACIÓN <input type="checkbox"/>		
ACTIVO <input type="checkbox"/>	CARGO ACTUAL		CIUDAD		DEPARTAMENTO		
PENSIONADO <input type="checkbox"/>							
DATOS DEL CONYUGUE							
NOMBRES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		No. DE IDENTIFICACIÓN:					
EMPRESA DONDE TRABAJA:				CARGO U OFICIO:			
CIUDAD/MUNICIPIO:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:			
<p>ACEPTO: _____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA ASOCIADO</p> <p>PRESENTADO POR: _____</p> <p>APROBADO EN REUNIÓN DE JUNTA DIRECTIVA DE FECHA: _____</p> <p style="text-align: right;">PARA USO EXCLUSIVO DE FONSAUDH</p> <p>_____ PRESIDENTE</p> <p style="text-align: right;">_____ SECRETARIA</p>							

Teléfono: 8723917 Fax 8719631 Celular 315 889 2742
 E-mail: servicioalcliente@fonsaludh.com - Pagina Web: www.fonsaludh.com
 Direccion: Carrera 5 No. 12-09 Edificio Calle Real - Oficina 402 Neiva - Huila



FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA "FONSALUDH"

NIT.800.131.939-4

REGISTRO DE AFILIACIÓN DE ASOCIADOS "FONSALUDH"

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizado la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y Solidario, el "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes. Los recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.). No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante.

Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen depósitos a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a saldar las obligaciones o depósitos con esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a FONSAUDH de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

FIRMA DEL ASOCIADO _____ C.C. _____

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A LA CENTRAL DE INFORMACIÓN FINANCIERA – TRANSUNION

Autorizo a FONSAUDH, a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera que administra a la asociación bancaria y de entidades financieras y solidarias o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en la base de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero, solidario y comercial y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

FIRMA DEL ASOCIADO _____ C.C. _____

AUTORIZACIÓN PARA MANEJO DE DATOS PERSONALES Y ENVÍO DE INFORMACIÓN

De manera libre, previa, expresa, voluntaria y debidamente informada autorizo a FONSAUDH, como institución que almacena y recolecta datos personales para que, recolecte, recaude, almacene, use, circule, suprima, procese, compile, intercambie, dar tratamiento, actualice y disponga de los datos que he suministrado y que se han incorporado en la base o banco de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es, y será en el desarrollo de las funciones propias de FONSAUDH, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios como empresa de economía solidaria de ahorro y crédito, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. De igual manera voluntariamente autorizo a FONSAUDH para enviarme comunicaciones escritas, vía mensajes de texto, correo electrónico, whatsapp, en físico a la última dirección registrada en el fondo, a mis teléfonos fijos y celulares registrados y reportados como de mi uso y propiedad, todo tipo de información, incluyendo el reporte negativo a la central de información crediticia, por el no pago oportuno de mis obligaciones crediticias y de aportes.

FIRMA DEL ASOCIADO _____ C.C. _____

En constancia de haber leído y acatado lo anterior firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ de _____ en la ciudad de _____.

Teléfono: 8723917 Fax 8719631 Celular 315 889 2742
E-mail: servicioalcliente@fonsaludh.com - Pagina Web: www.fonsaludh.com
Direccion: Carrera 5 No. 12-09 Edificio Calle Real - Oficina 402 Neiva - Huila