



FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA

"FONSALUDH"

NIT.800.131.939-4

REGISTRO DE AFILIACIÓN DE ASOCIADOS "FONSALUDH"

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			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:	
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"/>		BACHILLERATO <input type="checkbox"/>		TÉCNICO <input type="checkbox"/>		TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/>	
		NINGÚNO <input type="checkbox"/>		ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		MAESTRÍA <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	
TÍTULO PROFESIONAL		VIVIENDA		PROPIA <input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>		ESTRATO	
		ARRENDADA <input type="checkbox"/>		OTRA <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>	
						2 <input type="checkbox"/>		4 <input type="checkbox"/>	
								5 <input type="checkbox"/>	
								6 <input type="checkbox"/>	
SALARIO		APORTES		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:			
ACEPTO: _____									
FIRMA ASOCIADO									
PRESENTADO POR: _____									
APROBADO EN REUNIÓN DE JUNTA DIRECTIVA DE FECHA: _____									
PARA USO EXCLUSIVO DE FONSAUDH									
PRESIDENTE _____					SECRETARIA _____				

Teléfono: 8723917 Fax 8719631 Celular 315 889 2742

E-mail: servicioalcliente@fonsaludh.com - Pagina Web: www.fonsaludh.com

Dirección: 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 _____.