



**FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA**  
**"FONSALUDH"**  
NIT. 800.131.939-4

**SOLICITUD SUBSIDIO EDUCACIÓN FORMAL ASOCIADOS**

Fecha: \_\_\_\_\_

**SEÑORES**

**FONDO DE EMPLEADOS DE LA SALUD DEL HUILA – FONSAUDH**  
**NEIVA – HUILA**

Solicito comedidamente me sea otorgado el subsidio para los asociados que adelanten estudios de educación formal aprobado por la junta directiva de FONSAUDH, en el reglamento de educación.

**Me encuentro adelantando estudios de:**

1. EDUCACIÓN BASICA SECUNDARIA, MEDIA V OCACIONAL, TECNICA Y TECNOLOGICA \_\_\_\_\_
2. EDUCACIÓN UNIVERSITARIA: \_\_\_\_\_
3. EDUCACIÓN POSTGRADOS: \_\_\_\_\_

En la institución: \_\_\_\_\_

Grado o semestre: \_\_\_\_\_

**Requisitos:**

- Antigüedad del asociado mayor a un año SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Asociado hábil SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- La solicitud no es mayor a tres meses de la fecha de inicio de los estudios SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- En el año no ha solicitado subsidio de educación formal para asociados SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Anexos:**

- Formato de solicitud totalmente diligenciado SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Fotocopia del recibo de matrícula expedida por institución certificada por el ICFES o certificado de estudio. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Fotocopia de la cedula SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO ASOCIADO: \_\_\_\_\_

CEDULA No. \_\_\_\_\_

TELÉFONO FIJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA EL ASOCIADO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma Asociado**