DD MM AA

Formulario de Solicitud Auxilio de Solidaridad

FonSer+
Fondo de Empleados Hospital Alma Máter de Antioquia

Información del asociado

Nombres | Primer apellido | Segundo apellido

Tipo de documento: CC CE PAS | N° de identificación | Fecha de nacimiento: DD MM AA

Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico

Empresa | Tipo de contrato: Indefinido ☐ Término fijo ☐ | Fecha de vinculación: DD MM AA

Ciudad | Cargo | Dependencia

Información del auxilio solicitado: tipo de auxilio

- ☐ Mejora de vivienda
- ☐ Afectación de vivienda
- ☐ Honra fúnebre familiar
- ☐ Aux. Inc. prolongada >180 días
- ☐ Formación (bono educación)
- ☐ Cultura y recreación
- ☐ Sorteos
- ☐ Fechas especiales
- ☐ Otros

Detalle de la solicitud

Datos para la autorización del desembolso

Cruzar saldo a favor ☐ | Ahorro Voluntario ☐ | Crédito Activo ☐

Entidad financiera | Tipo de cuenta: Ahorro ☐ Corriente ☐ | Número de cuenta

Autorización

Autorizo a FonSermás a verificar la información presentada para la solicitud de este auxilio. Adicionalmente, autorizo retener de mis saldos a favor con la entidad el valor del auxilio solicitado, en caso de mi retiro voluntario del Fondo antes de los 180 días calendario, después de efectuado el auxilio.

Declaración de destino de fondos

Declaro que los recursos desembolsados por la utilización de los servicios de ahorro y crédito no se destinan, ni se destinarán para actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la república, la moral o las buenas costumbres. Así mismo, me comprometo con Fonsermás a denunciar los casos en que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades.

Firma del solicitante

N° de identificación

Huella

Espacio exclusivo para FonSermás

Cumplimiento del formato | Aprobado ☐ Negado ☐ Suspendido ☐ | Fecha de ingreso del asociado: DD MM AA

Observaciones | Valor aprobado: $

Aprobado por | Firma