

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		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Tipo de documento		Nº de identificación			Fecha de nacimiento			
<input type="text"/> CC	<input type="text"/> CE	<input type="text"/> PAS	<input type="text"/>			<input type="text"/> DD	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> AA
Dirección			Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico	
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Empresa				Tipo de contrato		Fecha de vinculación		
<input type="text"/>				Indefinido <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> DD	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> AA
Ciudad		Cargo			Dependencia			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

Información del auxilio solicitado: tipo de auxilio

<input type="checkbox"/> Obsequio de cumpleaños	<input type="checkbox"/> Kit escolar	<input type="checkbox"/> Honra fúnebre familiar
<input type="checkbox"/> Aux. Inc. prolongada >180 días	<input type="checkbox"/> Formación (bono educación)	<input type="checkbox"/> Cultura y recreación
<input type="checkbox"/> Sorteos	<input type="checkbox"/> Fechas especiales	<input type="checkbox"/> Otros

Detalle de la solicitud

Datos para la autorización del desembolso

Cruzar saldo a favor <input type="checkbox"/>	Ahorro Voluntario <input type="checkbox"/>	Crédito Activo <input type="checkbox"/>
Entidad financiera <input type="text"/>	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta <input type="text"/>

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 Nº de identificación Huella

Espacio exclusivo para FonSermás

Cumplimiento del formato <input type="checkbox"/>	Aprobado <input type="checkbox"/> Negado <input type="checkbox"/> Suspendido <input type="checkbox"/>	Fecha de ingreso del asociado <input type="text"/> DD	<input type="text"/> MM	<input type="text"/> AA
Observaciones <input type="text"/>	Valor aprobado \$ <input type="text"/>			
Aprobado por <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>			