Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH	SOLICITUD VINCULACION, MODIFICACIÓN O LEGALIZACIÓN DEL ASOCIADO Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Pàgina Web - www.fonedh.org	CODIGO	AS-F-001	
		EMISIÓN	28/06/17	Pag. 1 de 3
		VERSIÓN	4	10/08/2016

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE EXPEDICION

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	MUJER CABEZA DE HOGAR:	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO
		M ☐ F ☐	SI ☐ NO ☐	Solt. ☐ Cas. ☐ U.L. ☐ Viu. ☐ Sep. ☐	Prim. ☐ Sec. ☐ Univ. ☐

DIRECCION DE RESIDENCIA	BARRIO	ESTRATO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO FIJO

CELULAR	CORREO ELECTRONICO - E-mail	POSEE CASA PROPIA	LA CASA DONVE VIVE ACTUALMENTES ES:	AÑOS DE RESIDENCIA
		SI ☐ NO ☐	PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	

DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA	CARGO QUE DESEMPEÑA	DIRECCION PRINCIPAL DE LA EMPRESA

TELEFONO	No. FAX	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	DIRECCION Y/O UBICACIÓN DONDE LABORA

TELEFONO	EXT.	OCUPACION OFICIO O PROFESON	ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS
				SI ☐ NO ☐

TIPO Y FORMA DE VINCULACION LABORAL

INDEFINIDO ☐ FIJO ☐ TEMPORAL ☐ LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOSION ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

JORNADA LABORA:

DIURNA ☐ NOCTURNA ☐ AMBAS ☐

REGIMEN LABORAL

CESANTIAS ☐ REGIMEN ESPECIAL ☐ CON RETROACTIVIDAD ☐ LEY 50 ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES CERTIFICADOS		EGRESOS MENSUALES	
INGRESOS DERIVADOS DE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL	$	Alimentación, Educación, Vestuario, Servicios Públicos, Etc	$
PROMEDIO : (Comisiones, Honorarios, Horas Extras, Etc.)	$	TOTAL DESCUENTOS POR NOMINA	$
ARRENDAMIENTOS (VALOR QUE RECIBE MENSUAL).	$	PAGO DE ARRIENDO Y/O CUOTA VIVIENDA	$
OTROS INGRESOS	$	OTROS PAGOS:	$
TOTAL INGRESOS	$ 0,00	**TOTAL EGRESOS**	$ 0,00

DESCRIBA LA PROCEDENCIA DE OTROS INGRESOS	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
	$	$

OTROS DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL CONYUGE	NÚMERO DE IDENTIFICACION	TIPO DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO

CELULAR	PROFESION	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA

DIRECCION PRINCIPAL DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD	DEPARTAMENTO

BENEFICIARIOS DEL AUXILIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	IDENTIFICACION	PARENTESCO

INFORMACION DE LOS HIJOS

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION

INFORMACION DE LOS PADRES Y HERMANOS DISCAPACITADOS

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION

REFERENCIAS: FAMILIAR - PERSONAL - COMERCIAL - BANCARIA

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE UN FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED				PARENTESCO	DIRECCION RESIDENCIA	
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO FIJO	CELULAR	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		TELEFONO
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE UN FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED				PARENTESCO	DIRECCION RESIDENCIA	
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO FIJO	CELULAR	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		TELEFONO
REFERENCIA PERSONAL - APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			DIRECCION RESIDENCIA		MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO		TELEFONO FIJO	CELULAR	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		TELEFONO
REFERENCIA COMERCIAL - NOMBRE O RAZON SOCIAL			TELEFONO	MUNICIPIO	CIUDAD	
REFERENCIA BANCARIA - NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA				TELEFONO	SUCURSAL	

BIENES RAICES - VEHICULOS Y OTROS ACTIVOS

BIENES INMUEBLES				VEHICULOS				OTROS ACTIVOS	
CLASE	UBICACIÓN	No. MATRICULA	VALOR	MARCA	MODELO	PLACA	VALOR	TIPO	VALOR

CONDICION ESPECIAL PARA LA VINCULACION

1.- Ser empleado de planta de la Gobernación del Huila, de sus entidades adscritas y vinculadas.

2.- Si ha sido asociado de Fonedh, tener más de seis (6) meses de su última desvinculación.

3.- Autorizar un descuento mensual como aportes no inferior al 1% del sueldo básico del empleado o pensionado. _____

4.- Autorizar un descuento mensual como aporte para el Fondo de Bienestar Social no inferior al 0.5% del S.M.L.M.V

AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIEGOS

Declaro que los datos suministrados son ciertos y cualquier falsedad que se comprobare, será motivo de rechazar esta solicitud. En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable al FONEDH, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información CIFIN y DATACREDITO que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la Central de Información CIFIN y DATACREDITO podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. Así mismo, manifiesto que conozco el contenido del reglamento de la CIFIN y DATACREDITO. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de Información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

ACTUALIZACION DE INFORMACION

Me comprometo, durante la vigencia del vínculo a actualizar la información suministrada en el presente documento o la que reporta el Fondo por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no la notifique(mos), entendiendo que en caso de incumplimiento, FONEDH, estará en libertad de inactivar el presente vinculo. Igualmente me obligo a informar a FONEDH cualquier cambio en la información relacionada con los datos de contacto o el lugar de domicilio; dentro de los veinte (20) días siguientes a la fecha en que se produzca.

DECLARACION VOLUNTARIA ORIGEN DE FONDOS

Yo (nosotros), Identificado(s) con el (los) nombres, apellidos y número(s) de identificación, tal como lo he (hemos) diligenciado en el presente documento, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que toda la información suministrada es cierta, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos al Fondo de Empleados del Departamento del Huila "FONEDH", con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.014, del 06 de diciembre de 2000, expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorro, certificados de depósito de ahorro a término y cuentas corrientes o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

1. Los recursos que entrego(amos) en depósito provienen de lo descrito en la casilla " INFORMACION FINANCIERA – INGRESOS MENSUALES " de este formulario.
2. Declaro(amos) que los recursos que entrego(amos) no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré(mos) que terceros efectúen depósitos a mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré(mos) transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo(amos) a saldar las cuentas y depósitos que mantenga(mos) en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo al Fonedh de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

AUTORIZACION PARA EL MANEJO DE MIS DATOS PERSONALES

Tengo conocimiento amplio y suficiente que FONEDH, como institución que almacena y recolecta datos personales y acogiéndose a lo previsto a la ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013; requiere de mi AUTORIZACIÓN para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, FONEDH pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que le he suministrado y que se incorporaran en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Además esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FONEDH, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de Aporte, Ahorro, Crédito, Recreación, Turismo, Educación, entre otros; así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. Tengo conocimiento amplio y suficiente que si quiero manifestar lo contrario lo puedo hacer de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la firma del presente documento al correo fonedhuila@hotmail.com a la carrera 4 No. 8-45 – Tel. 8713560 de la ciudad de Neiva. Por todo lo anterior AUTORIZO a FONEDH, de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda mi información conforme a lo previsto en el presente documento, a lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013. Igualmente tengo conocimiento amplio y suficiente que para mayor información sobre las políticas reglamentarias que FONEDH aplica sobre la mencionada Ley y Decreto, la puedo consultar ingresando la página web www.fonedh.org.

AUTORIZACIÓN Y ACEPTACIÓN

Manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; por ello, AUTORIZO su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, nacional o extranjera desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con FONEDH. Declaro que he sido informado sobre las características, tarifas y demás condiciones de los productos y servicios que solicito y que podré consultarlas directamente ante el Fondo y en su página web, así como el Estatuto y demás reglamentos principales sobre servicios y productos de FONEDH. Adicionalmente, me ha sido suministrada la información concerniente al seguro de depósitos del Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOOP. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo registrado en este formato, firmo el presente documento:

HUELLA INDICE DERECHO

Fecha de Dilingenciamiento: _____

Funcionario: _____

_____
Firma Y C.C.
La firma y huella deben ser tomadas por un empleado del FONEDH

NOTA: El FONEDH se reserva el derecho de adminión, de acuerdo a las políticas de vinculación establecidas por la entidad.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL FONEDH

FECHA ENTREVISTA DEL CLIENTE	FUNCIONARIO QUE LO ENTREVISTO	FIRMA:
FECHA VERIFICACION DE LA INFORMACION	FUNCIONARIO QUE VERIFICO LA INFORMACION	FIRMA:

ACTA No.	FECHA ACTA	ESTADO DE LA SOLICITUD
		APROBADA ☐ NEGADA ☐ APLAZADA ☐ OTRA ☐ CUAL:

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

_____ FIRMA PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA

_____ FIRMA SECRETARIO JUNTA DIRECTIVA

DOCUMENTACION REQUERIDA QUE SE DEBE ANEXAR A LA APRESENTE SOLICITUD

1.- Fotocopia del docmento de identificación 2.- Certificado laboral indicando el tipo de contrato 3.- Fotocopia último desprendile de nómina.

Fondo de Empleados del Departamento del Huila

FONEDH

Seguridad, Confianza y Solidaridad

Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH	AUTORIZACION DE DESCUENTOS Y LAS DEMAS REQUERIDAS POR FONEDH	CODIGO		AS-F-002
		EMISIÓN		28/06/17
		VERSIÓN	3	29/11/2013

AUTORIZACION DESCUENTOS PARA APORTES Y AHORROS PERMANENTES

Ciudad y Fecha: _____ *Señor Pagador de:* _____

Yo _____ *,Autorizo para que se sirva descontar de mi salario, primas, bonificaciones, prestaciones sociales, o de cualquier suma de dinero que se haya generando a mi favor, y con destino al Fonedh, la suma de: ( ) que corresponden a los aportes sociales y ahorro permanente, que me he comprometido realizar ante el Fonedh.*

OTRAS AUTORIZACIONES DE DESCUENTOS

Autorizo al Pagador de la empresa arriba mencionada, para que anualmente y durante los primeros meses del año me descuente el pago por afiliación o renovación de la póliza exequial Los Olivos Emcofun. El descuento lo autorizo en: UNA ☐ DOS ☐ TRES ☐ CUATRO ☐ cuotas mensuales; a partir del mes de ENERO de cada año. Si por algún motivo deseo cancelar esta póliza, me comprometo informar por escrito al Fonedh de este hecho, para que no me vuelva a realizar este descuento. Autorizo al Pagador de la empresa arriba mencionada, para que en el evento de inscribirme en una de las actividades que realice el FONEDH, se me descuenten los valores correspondientes a la actividad, de acuerdo a la novedad enviada por esta entidad.

AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTES A CENTRALES DE RIESGOS

*En mi calidad de asociado, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable al FONEDH, o a quien represente sus derechos, a: **a)** Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. **b)** Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. **c)** Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la Superintendencia Bancaria o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. **d)** Conservar, tanto en el FONEDH como en las centrales de riesgo, con la debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales b) y e) de esta cláusula. **e)** Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgos, podrán conocer mi información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. Mi información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en el caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberará a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida, quién consultó mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición.Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.*

AUTORIZACION PARA EL MANEJO DE MIS DATOS PERSONALES

Tengo conocimiento amplio y suficiente que FONEDH, como institución que almacena y recolecta datos personales y acogiéndose a lo previsto a la ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013; requiere de mi AUTORIZACIÓN para que de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, FONEDH pueda recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que le he suministrado y que se incorporaran en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Además esta información es, y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FONEDH, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de Aporte, Ahorro, Crédito, Recreación, Turismo, Educación, entre otros; así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto frente a los titulares de los mismos. Tengo conocimiento amplio y suficiente que si quiero manifestar lo contrario lo puedo hacer de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la firma del presente documento al correo fonedhuila@hotmail.com a la carrera 4 No. 8-45 – Tel. 8713560 de la ciudad de Neiva. Por todo lo anterior AUTORIZO a FONEDH, de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda mi información conforme a lo previsto en el presente documento, a lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013. Igualmente tengo conocimiento amplio y suficiente que para mayor información sobre las políticas reglamentarias que FONEDH aplica sobre la mencionada Ley y Decreto, la puedo consultar ingresando la página web www.fonedh.org. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo registrado en este formato, firmo el presente documento:

HUELLA

✱ _____
Nombre del Asociado

✱ _____
Firma del Asociado
CC. No.

Fondo de Empleados del Departamento del Huila

FONEDH

Seguridad Confianza y Solidez!

APERTURA CUENTA DE AHORROS

OFICINA : NEIVA FECHA DE APERTURA _____ CUENTA NUMERO_____

APELLIDOS Y NOMBRES:_____

TIPO DE DOCUMENTO: _____

EMPRESA _____

DIRECCION_____BARRIO CIUDAD_____

TELEFONO FIJO_____CELULAR _____

ORIGEN DE LOS FONDOS_____

AUTORIZO PARA QUE SE DE APERTURA A MI CUENTA DE AHORROS, SE CONSULTE Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGOS.

_____

FIRMA DEL ASOCIADO
IND. DERECHO

_____

FIRMA DEL BENEFICIARIO
IND. DERECHO.

GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	Código: SED-C050-P618-F01
		Fecha de Aprobación: 23 de Mayo de 2014
		Version: 3
	SOLICITUD DE CERTIFICADOS	Pagina 1 de 1

CERTIFICADO TIEMPO DE SERVICIO ☐
CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ☐
CERTIFICADO DE ESCALAFON ☐
CERTIFICADO DE SALARIOS ☐
REGISTRO DE TITULOS ☐

FECHA DD___MM_____AA_____ NUMERO _____

APELLIDOS	**NOMBRES**
C.C.	**CARGO**
GRADO EN EL ESCALAFÓN	**INSTITUCIÓN EDUCATIVA**
MUNICIPIO	**SALARIO BÁSICO**
SOBRESUELDO	**TELÉFONO**
CORREO ELECTRONICO	**ENTIDAD BANCARIA DONDE SE LE CONSIGNA:**

DESTINO DEL CERTIFICADO SOLICITADO

(MARCAR CON UNA X LA SOLICITUD(ES) CORRESPONDIENTES)

ASCENSO		JUBILACIÓN	
ESTUDIO EDUCADOR		PENSIÓN GRACIA	
INSCRIPCIÓN ESCALAFÓN		PENSIÓN INVALIDEZ	
MATRICULA HIJO		PENSIÓN VEJEZ	
CRÉDITOS PARA ESCALAFÓN		RELIQUIDACIÓN PENSIÓN	
TRAMITE VISA		SEGURO POR MUERTE	
TARJETA DE CRÉDITO		RECONSIDERACION ESCA	
RETROACTIVOS ASCENSO		RETROACTIVO SUELDO	
RETROACTIVOS PRIMA		CESANTIAS TOTALES	
SOLICITUD DE EMPLEO		PRESTAMO	
CESANTIAS PARCIALES		PRIMA ACEADEMICA	
SOBRESUELDO DIRECTOR		CERTIFICADO LABORAL	
JUBILACIÓN DEPARTAMENTAL		OTROS:	

Es pensionado? SI__ NO__ Trabaja? SI___ NO__ Fecha de Retiro_____

Anexos_____ _____ _____

RECIBÍ DE CONFORMIDAD
(Favor firmar al recibir su certificado)

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C.

COMPROBANTE DE ENTREGA DE CERTIFICADOS SOLICITADOS

FECHA _____ NUMERO _____

NOMBRE COMPLETO	
IDENTIFICACIÓN	**DOCUMENTO SOLICITADO**
FECHA DE RECIBIDO	**FIRMA FUNCIONARIO RECEPTOR**

	REVISÓ	**APROBÓ**
NOMBRE Y FIRMA		
CARGO	**LIDER HISTORIAS LABORALES**	**SECRETARIA DE EDUCACIÓN**

AUTORIZACION Y PODER EXPEDICION CERTIFICADO LABORAL.

Yo _____ mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número _____de_____ en mi calidad de _____ autorizo y otorgo poder amplio y suficiente al funcionario del FONDO DE EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA "FONEDH" ARMANDO STERLING GOMEZ, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía número 7.685.522 de Neiva, para que realice todos los trámites correspondientes para la Solicitud y Reclamación de un certificado laboral a mi nombre el cual será utilizado para mi vinculación a "FONEDH".

Cordialmente.

_____

FIRMA Y HUELLA.

MAPFRE
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
NIT 891.700.037-9

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES
SOLICITUD DE SEGURO

Nº de Solicitud: 40 2029 00 2016-0 34538 D.V.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres del Asegurado: Campo Obligatorio

Tipo Doc.: C.C. C.E. Número de Documento: Sexo: M F Fecha de Nacimiento: Peso: K G S Estatura: C M S Ciudad: Campo Obligatorio

Domicilio: Campo Obligatorio Teléfono: Campo Obligatorio Deporte que practica: Campo Obligatorio

Número de Celular: Campo Obligatorio Correo Electrónico: Campo Obligatorio

Ocupación Actual (describir ampliamente): Campo Obligatorio

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL RIESGO

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE: (Marcar con una X)

1. No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad, por lo tanto me encuentro en buen estado de salud. ☐
2. Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

☐ Enfermedades del Corazón - Presión Arterial
☐ Enfermedades Pulmonares - Respiratorias - Asma - Tuberculosis
☐ Enfermedades Digestivas - Gastrointestinales
☐ Enfermedades Renales - Genitourinarias
☐ Enfermedades Musculoesqueléticas - Reumatismo - Artritis
☐ Enfermedades Nerviosas o Mentales
☐ Enfermedades de los Ojos - Oídos - Nariz - Garganta
☐ Enfermedades Cerebrovasculares
☐ Enfermedades Crónicas o Terminales
☐ Deformidades o Malformaciones
☐ Parálisis
☐ Bocio - Diabetes - Sobrepeso
☐ Cáncer u otros Tumores
☐ Otras _____

Otra enfermedad no mencionada anteriormente (especifique):

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad ____ Año en que fue diagnosticada ____ Tratamiento ____

Enfermedad ____ Año en que fue diagnosticada ____ Tratamiento ____

Enfermedad ____ Año en que fue diagnosticada ____ Tratamiento ____

¿Está usted embarazada? SI ☐ NO ☐ ¿Cuantos meses? ____ ¿A que EPS se encuentra afiliado(a)? ____

Si el cliente declara haber padecido de alguna enfermedad, debe solicitar autorización a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TD	No. DE DOC.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	%
		M F	D D M M A A A A				
		M F	D D M M A A A A				
		M F	D D M M A A A A				
		M F	D D M M A A A A				
		M F	D D M M A A A A				
		M F	D D M M A A A A				
		M F	D D M M A A A A				

Reforma financiera: Ley 1328 del 15 de julio, artículo 78 y 79 decreto 3680 del 25 de septiembre de 2009, se determinó el obligatorio cumplimiento del (RUS) Registro Único de Seguros, mecanismo con el cual todas las aseguradoras reportan el detalle de sus asegurados, tiene como objeto brindar una herramienta de consulta actualizada y total de las pólizas emitidas en Colombia

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

Crédito No. ____

Valor Asegurado Inicial o Valor del Préstamo Inicial ____ Plazo del Crédito ____

Solicitud incremento de Valor Asegurado a ____ Valor Prima ____

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y las que figuren en esta declaración de mi estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, rehabilitación o modificación de la misma y en que **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, no asume responsabilidad alguna, si no mediante la expedición de la póliza o certificado de rehabilitación o modificación, **previo pago de la prima** siempre que para entonces me encontrare en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha habido por mi parte error, falsedad, omisión o reticencia que de haber sido conocidas por **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

Así mismo declaro que no realizo actividad ilícita alguna y que no estoy inmerso en ningún proceso penal. Declaro que todos mis ingresos y bienes provienen de actividades licitas.

De Conformidad con lo estipulado en el articulo 34 de la Ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, para que a partir de la firma de la presente solicitud y aún después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos documentos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y de sus anexos.

De la misma manera autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y/o para consultar y reportar a las bases de datos de seguros de personas de riesgos agravados e indemnizaciones.

CUANDO LA POLIZA SEA COLECTIVA: Será Obligación el Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza. La aseguradora cumple la obligación del articulo 1046 el Código de Comercio con la entrega al Tomador de las condiciones Generales y particulares.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. Compañías significan las sociedades **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, Compañía del Grupo significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. Compañías Tratantes significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. Mis Datos Personales significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y datos biométricos. Terceras Compañías significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverfas S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el encabezado de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede imposibilitar la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebren las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán Tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

X _____

Firma del Asegurado
C.C.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: D D M M A A A A

FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO: D D M M A A A A

SI LA ASEGURADORA **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** CON BASE EN LAS ENFERMEDADES DECLARADAS O MEDIANTE EXÁMENES ADICIONALES ESTABLECE LA NECESIDAD DE EXIGIR EL PAGO DE UNA EXTRAPRIMA, EL INGRESO DEL SOLICITANTE A LA PÓLIZA SOLO TENDRÁ LUGAR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA EMITA CONCEPTO SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL INGRESO, LA FALTA DE CONCEPTO FORMAL SE ENTENDERÁ COMO NEGATIVA DE INGRESO.

Aprobado ☐
Extraprimado ☐
Aplazado ☐
Rechazado ☐

FECHA: D D M M A A A A

Firma del Seleccionador

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CÓDIGO COMPAÑÍA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CODIGO FORMA
Solicitud de Seguro	15-06-2014	1326	P	34	000VTE532-JUN/14

Entiéndanse las palabras "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.