FONDEHOSMIL

FONDO DE EMPLEADOS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES "FONDEHOSMIL"

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

FOTO

TIPO DE SOLICITUD Afiliación ☐ Actualización ☐	**Fecha**	DD	MM	AAAA

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Identificación C.C. ☐ C.E. ☐ No.

Lugar de nacimiento	Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	Lugar de expedición	Fecha de expedición DD MM AAAA	Genero F ☐ M ☐	Nacionalidad	Cabeza de Familia SI ☐ NO ☐

Estado Civil: Casado ☐ U. Libre ☐ Soltero ☐ Separado ☐ Viudo ☐	Nivel Educativo: Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universitario ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐	Profesión

Dirección de Residencia Casa _____ Apto_____ Bloque _____ Interior_____	Estrato	Barrio	Localidad

Ciudad	Teléfono Fijo	Celular	Correo Electrónico Personal

Nombre (s) y apellidos de Cónyuge	No. Documento Cónyuge	Teléfono Cónyuge

Tipo de Vivienda Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐ Leasing ☐	Valor Arriendo $	Nombre arrendador o familiar	Teléfono arrendador o familiar

INFORMACIÓN LABORAL

Actividad Principal Empleado ☐ Pensionado ☐ Contratista ☐	Empresa donde Labora	Cargo

Dirección de la Empresa	Ciudad	Teléfono Laboral Fijo Ext.

Correo Electrónico Laboral	Tipo de Contrato Fijo ☐ Indefinido ☐ P. Servicios ☐	Fecha de Ingreso DD MM AAAA	Fecha de Vencimiento DD MM AAAA

REGISTRO CUENTA BANCARIA

Banco	No. Cuenta	Tipo de Cuenta Ahorros ☐ Corriente ☐	Usar para Transferencias SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Ingresos Mensuales	$	Gastos Mensuales	$
Otros Ingresos	$	**Total, Activo**/Bienes Inmuebles, Vehículos, Ahorros etc.	$
Total Ingresos Mensual	$	**Total, Pasivo**/Deudas Financieras/ú otros	$

Concepto otros Ingresos:	¿Es declarante de renta? SI ☐ NO ☐

INFORMACIÓN PATRIMONIO

Tipo de Activo	Descripción (Dirección, Entidad, Marca y Placa)	Valor Comercial	Hipoteca / Prenda
Casa ☐ Apto ☐ Lote ☐ Carro ☐ Inversiones ☐ Otro Bien ☐		$	SI ☐ NO ☐
Casa ☐ Apto ☐ Lote ☐ Carro ☐ Inversiones ☐ Otro Bien ☐		$	SI ☐ NO ☐
Casa ☐ Apto ☐ Lote ☐ Carro ☐ Inversiones ☐ Otro Bien ☐		$	SI ☐ NO ☐

REFERENCIAS (Que no vivan con usted)

	Apellidos y Nombres	Dirección	Teléfono	Ciudad
Personal				
Familiar				

PARENTESCO CON OTROS ASOCIADOS DE FONDEHOSMIL SI ☐ NO ☐

Parentesco: Padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge o compañero(a) permanente, suegros, cuñados, yerno o nuera.

Nombre Completo del Asociado	No. Documento	Parentesco

GRUPO FAMILIAR O BENEFICIARIOS

Casado(a): Cónyuge o compañero permanente, hijos sin límite de edad, hermanos menores o con discapacidad. **Soltero(a):** Padres, hijos o hermanos, según reglamento vigente.
B/N: Relacione los miembros de grupo familiar básico para los servicios y beneficios, como actividades de bienestar, capacitación, auxilios, entre otros.
D/A: Indique el porcentaje de distribución de ahorros y aportes a uno o varios beneficiarios (en caso de fallecimiento del asociado).

T.D.	No. Documento	Apellidos y Nombres	Fecha Nacimiento DD	MM	AAAA	Parentesco	B/N	D/A %

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Todos los recursos y/o bienes que poseo provienen de actividades lícitas (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las Contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. **Me obligo a**:

- Respetar, cumplir y hacer cumplir las leyes, tratados y convenciones internacionales que Colombia haya suscrito en materia de anticorrupción.
- Implementar todas las medidas tendientes a evitar que mis operaciones puedan ser utilizadas sin mi conocimiento y consentimiento para encubrir actividades ilícitas.
- En tal sentido acepto que FONDEHOSMIL o quien ostente en el futuro sus derechos podrá dar por terminada la relación de asociación sin lugar a indemnización alguna en caso de ser investigado por alguna autoridad en cualquier modalidad delictiva o ser incluidos en listas de control de lavado de activos y financiación del terrorismo.

DECLARACIÓN PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA

Marque según corresponda, por su perfil, cargo o profesión. (Según Decreto 1674 de 2016).

¿Maneja recursos públicos? SI ☐ NO ☐ ¿Tiene reconocimiento público? SI ☐ NO ☐ ¿Ejerce algún grado de poder público? SI ☐ NO ☐

¿Es familiar de una persona públicamente expuesta? SI ☐ NO ☐ Nombre : _____ Parentesco: _____

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐	Si su respuesta es afirmativa, indique el tipo de operaciones que realiza (Exporta, Importa, envió/recepción de giros y remesas, etc: _____		
¿Posee productos financieros en el exterior? SI ☐ NO ☐	Banco	Tipo de Producto Cuenta Ahorros ☐ Cuenta Corriente ☐	No. Cuenta
Ciudad	Pais	Moneda	Monto Mensual Promedio

AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a FONDEHOSMIL o a quien represente sus derechos, en virtud de la Ley 1266 de 2008 Decreto 1727 de 2009 Habeas Data Financiero, para que con fines estadísticos y de información financiera, crediticia y comercial; consulte, informe, reporte y divulgue a las centrales de riesgo y demás fuentes que disponga FONDEHOSMIL, toda la información referente a mi comportamiento financiero, crediticio y comercial que resulte de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiese otorgado o me otorgue en el futuro en calidad de deudor principal o deudor solidario.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

1. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FONDEHOSMIL, siendo tratados los datos personales, datos sensibles (Huella dactilar, imágenes, videos), con la finalidad principal de desarrollar el objeto social de la empresa frente a los asociados y su grupo familiar y que sean incorporados en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de FONDEHOSMIL, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de ahorro y crédito, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contrato frente a los titulares de los mismos.

2. Autorizo expresamente el tratamiento de los datos personales por mi suministrados de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo mi patria potestad, incluidos en este documento y/o formulario para que sean incorporados en la base de datos responsabilidad de FONDEHOSMIL, los cuales serán tratados con la finalidad del objeto social de la entidad, así como actividades comerciales y de servicios que contribuyan al mejoramiento económico, social y cultural de sus familias.

3. Declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido FONDEHOSMIL a la dirección de correo electrónico fondehosmil@yahoo.com - protecciondedatos@fondehosmil.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o por correspondencia a la Cra.7 No. 48 A – 60 Oficina 101.

4. Autorizo a FONDEHOSMIL para que me contacte a través de correo físico, electrónico, redes sociales en las cuales esté inscrito, vía telefónica, celular, mensajes de texto o través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación conocido.

APORTES Y AHORROS

Autorizo a FONDEHOSMIL a saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Entidad y tomar las medidas correspondientes. Reconozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los estatutos y normas vigentes.
Autorizo al pagador del Hospital Militar Central, Dirección General de Sanidad Militar, entidad Pensional o Ministerio de Defensa Nacional para que descuente de mi sueldo básico, mesada pensional ú honorarios y entregue a FONDEHOSMIL el _____% del mismo mensualmente equivalente a $_____, por concepto de aportes y ahorros.

DOCUMENTOS ADJUNTOS

1. Fotocopia del documento de identidad 2. Foto 3*4 a color 3. Declaración de renta último periodo gravable, si declara
4. Fotocopia último desprendible de nómina o pensión, copia contrato de prestación de servicios y certificación ingresos adicionales.

DEBERES Y COMPROMISOS

He recibido información acerca de los servicios, beneficios, obligaciones y responsabilidades que tengo como asociado con FONDEHOSMIL. Así mismo me comprometo a leer los Estatutos y Reglamentos que se encuentran en la página web www.fondehosmil.com; como a recibir capacitación en economía solidaria por lo menos una vez al año.

Asumo plena libertad y responsabilidad frente a la decisión de utilizar los servicios prestados por terceros o convenios realizados por FONDEHOSMIL y exonero al Fondo de responsabilidad alguna, ya que esta le compete al proveedor directo del bien o servicio.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su confirmación ante cualquier persona natural, jurídica, privada o pública y me comprometo a actualizar o confirmar la información y/o documentación una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Huella

_____

Firma – C.C.

CONFIRMACION DE DATOS (PARA USO EXCLUSIVO DE FONDEHOSMIL)

Lugar y Fecha: _____Día _____ Mes ___ Año _____Hora:____

Observaciones:_____

Entrevista: Personal ☐ Telefónicamente ☐

No. Radicado _____ Fecha Último Retiro: _____

Firma Empleado_____

Lugar y Fecha:_____ Día ____ Mes _____ Año _____

Observaciones:_____

Acta No. _____ Aprobado ☐ Rechazado ☐

Firma _____