

		FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Favor diligenciar en letra impresa, sin enmendaduras ni tachones y en tinta negra. Si algún campo no aplica trace una línea, Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Página Web - www.fonedh.org		Código AS-FO-1
		Versión 10		Modificado 23/9/2022
TIPO DE SERVICIO:		TIPO DE VÍNCULO:		FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:
DATOS PERSONALES				
Primer Apellido		Otros Apellidos		Primer Nombre
Otros Nombres				
Tipo de Documento	Número de Identificación	Lugar De Expedición		Fecha de Expedición
Fecha de Nacimiento	Lugar De Nacimiento	Género		Estado Civil
Nivel Educativo	Dirección De Residencia			Barrio
Ciudad / Municipio	Departamento	País		Estrato
Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico		
Personas A Cargo y Numero		La Casa Donde Vive		Años De Residencia
NO ☐ SI ☐		Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada ☐		Cabeza De Hogar NO ☐ SI ☐
Envío De Información Y/O Correspondencia		Dirección De Envío de Correspondencia Si Es Diferente A La De Residencia		
Residencia ☐ Trabajo ☐ Correo ☐ Celular ☐				
Barrio	Ciudad / Municipio	Departamento	País	
DATOS LABORALES				
Ocupación	Nombre De La Empresa Donde Labora			Nit
Empleado ☐ Pensionado ☐				
Dirección Principal De La Empresa		Numero Telefonico Empresa		
Régimen Laboral		Cargo		
Empleado Sector Publico ☐ Trabajador Oficial ☐ Trabajador FONEDH ☐				
Tipo Y Forma De Vinculación Laboral		Termino De Contrato		
Carrera Administrativa ☐ Provisionalidad ☐ Contrato De Trabajo ☐ Indefinido ☐ Fijo Menor a un Año ☐ Fijo Mayor a un Año ☐				
Dirección Y/O Ubicación Donde Labora				
Barrio	Ciudad / Municipio	Departamento	País	
Actividad Económica Secundaria				
Minero / Energético ☐ Educación ☐ Agricultura ☐ Turismo ☐ Ganadería ☐ Salud ☐ Industrial ☐ Rentista ☐				
Comunicaciones ☐ Construcción E Inmobiliario ☐ Sin Ánimo De Lucro ☐ Financiero ☐ Comercio ☐ Transporte ☐				
Si Marcó Una Actividad Económica Por Favor Especifique:				
Nombre De La Empresa O Negocio Que Posee		Producto Y/O Servicio Que Ofrece		
Dirección Y/O Ubicación De La Empresa O Negocio		Régimen Tributario		
		Régimen Simplificado ☐ Régimen Común ☐		
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE				
Apellidos Y Nombres Completos Del Cónyuge		Tipo de Documento	Número de Identificación	
Fecha de Nacimiento	Teléfono Celular	Ocupación		
Nombre Principal De La Empresa Donde Labora		Nit		
Dirección Y/O Ubicación Donde Labora		Nombre Del Cargo		
Barrio	Ciudad / Municipio	Departamento	País	

	FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Favor diligenciar en letra imprenta, sin enmendaduras ni tachones y en tinta negra. Si algún campo no aplica trace una línea. Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Página Web - www.fonedh.org		Código	AS-FO-1
			Versión	10
			Modificado	23/9/2022

INFORMACIÓN FINANCIERA				
INGRESOS MENSUALES CERTIFICADOS		VALOR	EGRESOS MENSUALES	VALOR
Ingresos Salariales Principales	\$		Alimentación, Educación, Servicios Públicos	\$
Ingresos Mesada Pensional Foep	\$		Descuento Salud Y Pensión	\$
Ingresos Mesada Pensional Colpensiones	\$		Total Descuentos Cuotas Por Nómina	\$
Ingresos Mesada Pensional Previsora	\$		Total Descuentos Ahorros Por Nómina	\$
Comisiones, Honorarios, Horas Extras	\$		Total Otros Descuentos Por Nómina	\$
Otros Ingresos Laborales Permanentes	\$		Pago De Arriendo Y/O Cuota Vivienda	\$
Otros Ingresos Laborales No Permanentes	\$		Mensuales Por Ventanillas, Tdc	\$
Otros Ingresos	\$		Otros Gastos	\$
TOTAL INGRESOS	\$		TOTAL EGRESOS	\$

BALANCE PERSONAL				
ACTIVOS		VALOR	PASIVOS	VALOR
Caja Y Bancos	\$		Obligación Financiera	\$
Inversiones	\$		Cuentas Por Pagar	\$
Inventarios	\$		Otros Pasivos	\$
Otros Activos Corrientes	\$			\$
Bienes Raíces	\$			\$
Vehículos	\$			\$
Maquinaria Y Equipo	\$			\$
Muebles Y Enseres	\$			\$
Semovientes	\$			\$
Otros Activos No Corrientes	\$			\$
TOTAL ACTIVOS	\$		TOTAL PASIVOS	\$
TOTAL PATRIMONIO (ACTIVO - PASIVO) :		\$	DECLARA RENTA No ☐ Si ☐	
			FECHA DE CORTE DEL BALANCE:	

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP)		
Administra Recursos Públicos	Ejerce Cargo De Poder Público	Tiene O Ha Tenido Alguna Relación Con Personas Expuestas Políticamente
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐
Especificar Cargo		

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	
Realiza Operac. Moneda Extran	Clase De Operaciones.
NO ☐ SI ☐	Préstamos ☐ Inversiones ☐ Importador ☐ Exportador ☐ Giros ☐ Otros ☐
Tipo De Producto	Número Cuenta Entidad País Moneda

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO SEGURO DE VIDA AHORRADORES (APORTES Y AHORRO PERMANENTE)				
Apellidos Y Nombres Completos Del Beneficiario	Tipo Documento	Número De Identificación	Celular	Porcentaje

INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR POR CONSANGUINIDAD										
Apellidos Y Nombres Completos Del Beneficiario	Tipo Documento	Número De Identificación	Fecha Nacimiento	Parentesco					Discapacidad	
				1	2	3	4	5	Si	No

1 - Padres; 2 Hijos; 3 Abuelos; 4 Nietos; 5 Hermanos

 FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Favor diligenciar en letra imprenta, sin enmendaduras ni tachones y en tinta negra. Si algún campo no aplica trace una línea. Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Página Web - www.fonedh.org		Código	AS-FO-1
		Versión	10
		Modificado	23/9/2022
REVOCATORIAS DE CONTRATOS POR HECHOS DEL SARLAFT: FONEDH, podrá dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocios con el suscrito, teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los contratos de los diferentes productos, las siguientes: a) Cuando figure en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades; b) Cuando me encuentre incluido en las listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera; c) Cuando figure en requerimientos de entidades de control, noticias, tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.			
ACEPTO SI ☐ NO ☐			
DECLARACIÓN VOLUNTARIA ORIGEN DE FONDOS DEL SARLAFT: Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que toda la información suministrada es cierta, realizó 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 20 de 2020, 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 aportes sociales, ahorros, certificados de depósito de ahorro a término y cuentas corrientes o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Declaro bajo la gravedad de juramento que los recursos que entregó y movilizó en FONEDH, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Los recursos que entregó provienen de las siguientes fuentes: Salarios y Remuneraciones ____; Honorarios ____; Ventas Netas ____; Revalorizaciones ____; Otros ____; Se hace constar que la presente autorización no constituye por parte de FONEDH acto contrario a la ley y que, en su correcta utilización, de acuerdo con lo previsto en este documento, no es en ningún caso violatoria de mis derechos constitucionales o legales o de los de cualesquiera de los autorizados u ordenantes registrados, así mismo No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis 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 transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantenga 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.			
ACEPTO SI ☐ NO ☐			
ACTUALIZACIÓN DE MI INFORMACIÓN: Me comprometo actualizar o confirmar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite, estando facultado el Fondo para terminar cualquiera de los contratos con el celebrados cuando no cumpla con este compromiso. Igualmente me obligo a informar al Fondo cualquier cambio en la información relacionada con los datos de contacto o el lugar de domicilio, dentro de los 20 días siguientes a la fecha en que se produzca el cambio; de no hacerlo es mi responsabilidad que la información que me envíe FONEDH, me continúe llegando al lugar de domicilio que no he actualizado.			
ACEPTO SI ☐ NO ☐			
AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIEGOS HABEAS DATA: 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, ante Operadores de Datos, toda la información que se refiere al nacimiento, desarrollo, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones; así como la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros contralados, o que llegue a contraer con FONEDH o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor, según sea el caso. La información podrá ser igualmente utilizada para fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial. De igual manera, conozco que el alcance de esta autorización comprende no sólo la facultad de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier otra entidad, sino también la de reportar, procesar y divulgar mis datos financieros a los operadores de información, pudiendo las entidades afiliadas conocer el comportamiento relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. Entiendo que la permanencia de la información del dato negativo o positivo, según sea el caso, será el determinado por el ordenamiento jurídico aplicable, del cual, por ser de carácter público estoy enterado; siendo responsabilidad de los Operadores de Datos velar por su debido cumplimiento. 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, lo anterior de conformidad con la ley 1266 de 2012, cualquier norma que lo modifique o adiciones.			
AUTORIZO SI ☐ NO ☐			
AUTORIZACIÓN 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 incorporarán 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.			
AUTORIZO SI ☐ NO ☐			
AUTORIZACIÓN ENVÍO DE INFORMACIÓN: Autorizo el envío de comunicaciones con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.			
AUTORIZO SI ☐ NO ☐			
AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO: Autorizo a FONEDH, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente e irrevocable, para debitar de la cuenta designada, o de cualquier otro depósito a mi nombre en FONEDH, las cuotas, comisiones y demás valores a mi cargo, por concepto de pago de créditos, aportes sociales, ahorros programados y en general, por cualquier producto o servicio prestado por FONEDH, una vez haya formalizado con FONEDH los documentos sobre los valores a debitar y fechas de pago. Igualmente me comprometo a tener los fondos suficientes para cubrir tales valores en la fecha de cobro, sin que haya lugar a responsabilidad de FONEDH en caso de que el débito no se pueda efectuar por eventos tales como fondos insuficientes, cuenta cancelada, cuenta saldada, cuenta embargada, saldo en canje, problemas de línea o de congestión, fallas en los sistemas, fuerza mayor, caso fortuito o cualquier otra circunstancia no imputable a FONEDH.			
AUTORIZO SI ☐ NO ☐			

	FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Favor diligenciar en letra imprenta, sin enmendaduras ni tachones y en tinta negra. Si algún campo no aplica trace una línea, Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Página Web - www.fonedh.org				Código	AS-FO-1		
					Versión	10		
					Modificado	23/9/2022		
INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR POR AFINIDAD								
Apellidos Y Nombres Completos Del Beneficiario	Tipo Documento	Número De Identificación	Parentesco				Discapacidad	
			1	2	3	4	Si	No
1 -Espos(a) ; 2 Yerno - Nuera; 3 Suegros; 4 Hijastros;								
REFERENCIAS: FAMILIAR - PERSONAL - COMERCIAL - BANCARIA								
Apellidos Y Nombres Completos De Un Familiar Que No Viva Con Usted			Parentesco					
Dirección De Residencia			Ciudad / Municipio			Teléfono Celular		
Apellidos Y Nombres Completos De Un Familiar Que No Viva Con Usted			Parentesco					
Dirección De Residencia			Ciudad / Municipio			Teléfono Celular		
Apellidos Y Nombres Completos De Una Referencia Personal								
Dirección De Residencia			Ciudad / Municipio			Teléfono Celular		
Referencia Comercial - Nombre O Razón Social			Teléfono Celular					
Dirección			Barrio			Ciudad / Municipio		
Referencia Comercial - Nombre O Razón Social			Teléfono Celular					
Dirección			Barrio			Ciudad / Municipio		
BIENES RAÍCES - VEHÍCULOS Y OTROS ACTIVOS								
Bienes Inmuebles								
Clase	Ubicación		No. Matrícula		Valor			
					Valor Total Bienes Inmuebles		0	
Vehículos								
Marca	Modelo	Placa	Valor		Otros Activos			
					Tipo		Valor	
Valor Total Vehículos			0		Valor Total Otros Activos		0	
AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA LA VINCULACIÓN COMO ASOCIADO - NO APLICA PARA PROVEEDORES: Autorizo a FONEDH un descuento mensual ordinario como aportes y ahorro permanente del ____%, de mi salario básico y de conformidad con lo establecido en el Estatuto de FONEDH EN SU Capítulo V - Régimen Económico.; Autorizo a FONEDH un descuento como contribución mensual para el Fondo de Bienestar Social del ____% de mi salario básico y de conformidad con lo establecido en el Estatuto de FONEDH EN SU Capítulo V - Régimen Económico								
AUTORIZO SI ☐ NO ☐								
DECLARACIÓN LISTAS RESTRICTIVAS Y VINCULANTES DEL SARLAFT: Por medio del presente documento manifiesto y DECLARO no hallarme relacionada(o), en ninguna lista restrictiva de lavado de activos de ningún país, como las denominadas listas OFAC, ONU, o en listas nacionales o internacionales de organismos policiales, judiciales o de inteligencia por posibles vínculos con organizaciones delictivas.								
ACEPTO SI ☐ NO ☐								

		FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Favor diligenciar en letra imprenta, sin enmendaduras ni tachones y en tinta negra. Si algún campo no aplica trace una línea, Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Página Web - www.fonedh.org		Código AS-FO-1
		Versión 10	Modificado 23/9/2022	
VERIFICACIÓN POR EL ENTREVISTADOR				
Funcionario Que realizó La Verificación		Cargo		Firma
Fecha Verificación	La Información Es Consistente Entre El Formulario, Los Soportes Y La Verificación SI ☐ NO ☐			
Observación				
Certifico que he cumplido con todas las políticas y procedimientos establecidos por FONEDH para la Verificación en calidad de verificador y he adoptado todos los mecanismos de control establecidos en el manual de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SI ☐ NO ☐				
AUDITORÍA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO				
Funcionario Que realizó La Auditoría		Cargo		Firma
Fecha Auditoría	La Información Es Consistente Entre El Formulario, Los Soportes Y La Verificación SI ☐ NO ☐			
Observación				
Nivel de Riesgo Alto ☐ Medio ☐ Bajo ☐		Persona PEP SI ☐ NO ☐	Reportado En Centrales De Riesgo SI ☐ NO ☐	Reportado En Listas Restrictivas Y Vinculantes SI ☐ NO ☐
Certifico que he cumplido con todas las políticas y procedimientos establecidos por FONEDH para la Auditoría en calidad de Oficial De Cumplimiento y he adoptado todos los mecanismos de control establecidos en el manual de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo SI ☐ NO ☐				
DECISIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA				
Acta No.	Fecha Acta	Estado de la Solicitud Aprobada ☐ Negada ☐ Aplazada ☐ Otra ☐		
El solicitante es considerado persona PEP SI ☐ NO ☐				
NOTA: Si el solicitante es considerado persona PEP deberá ser marcado como tal en el software financiero y se deberá tener sobre este un mayor control según se indica en el manual SARLAFT				
Observación				
FIRMA PRESIDENTE JUNTA DIRECTIVA _____ FIRMA SECRETARIO JUNTA DIRECTIVA _____				
CONDICIONES Y REQUISITOS PARA LA VINCULACIÓN COMO ASOCIADO				
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.- Formulario debidamente diligenciado y legalizado. 4.- Anexar fotocopia del documento de identificación 5.- Anexar certificado laboral indicando el tipo de contrato 6.- Anexar fotocopia del último desprendible de nómina 7.- Si es considerado PEP deberá anexar copia de la declaración de renta de los últimos dos años y acta de posesión del cargo Los demás exigidos para el trámite específico de los servicios y de acuerdo a los reglamentos y políticas establecidas para cada producto o servicio.				

 FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN PERSONA NATURAL Favor diligenciar en letra imprenta, sin enmendaduras ni tachones y en tinta negra. Si algún campo no aplica trace una línea. Cra. 4 No. 8-45 Neiva - Tel. 098 8713560 - 098 8716576 Celular 3153349212 Página Web - www.fonedh.org		Código	AS-FO-1
		Versión	10
		Modificado	23/9/2022
ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO: A partir de la presente fecha, aceptó que, si realizó operaciones financieras referentes a los contratos, productos o servicios con los que me encuentro vinculado o autorizado, a través del sistema biométrico consistente en que cada operación la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendrá los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos; según lo indicado abajo. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con FONEDH. Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Igualmente, que la(s) huella(s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, serán capturadas y almacenadas en una base de datos de FONEDH y recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o haga uso de un servicio ofrecido. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy FONEDH ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la(s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones financieras, utilizaré la(s) huella(s) dactilar(es) registrada(s) en el sistema biométrico. Pero en todo caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de FONEDH so pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que FONEDH pueda tomarse fotografías y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transacción y haga uso de esta para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, contrato, retiro, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por FONEDH Igual autorización doy para mi apoderado(s) o cuando autorice a terceros, estos tendrán mi autorización plena para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aquí se hace referencia. En caso de cualquier talla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier producto, depósito, retiro, transacción o cuenta. Se aclara que estos procedimientos son alternativos.			
AUTORIZO SI ☐ NO ☐			
AUTORIZACIONES Y ACEPTACIONES: 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 vida de Ahorradores y Deudores. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo registrado en este formato, solicito mi admisión como asociado(a) y/o proveedor de FONEDH, me adhiero y someto a su Estatuto, Reglamentos y sus normas;			
ACEPTO SI ☐ NO ☐			
por lo cual firmo el presente documento:			
  Firma Y C.C. La firma y huella deben ser tomadas por un empleado del FONEDH			
Fecha de Diligenciamiento: _____		Funcionario: _____	
NOTA: El FONEDH se reserva el derecho de admisión, de acuerdo a las políticas de vinculación establecidas por la entidad.			
ESPACIO EXCLUSIVO PARA FONEDH			
ENTREVISTA			
Funcionario Que realizó La Entrevista		Cargo	
Fecha Entrevista		Firma	
La Información Es Consistente Entre El Formulario, Los Soportes Y La Entrevista		SI ☐ NO ☐	
Observación			
SEÑALES DE ALERTA Y OBSERVACIONES DE LA ENTREVISTA			
Sin novedad u observación			
Es considerado persona PEP			
El asociado entrega información que no es posible confirmar			
El asociado se muestra renuente o molesto al solicitarle una identificación			
El asociado se muestra renuente en el diligenciamiento de los formatos requeridos.			
Variaciones de ingresos superiores a la actividad económica desarrollada			
Se muestra preocupado por los controles a sus movimientos financieros.			
Incrementos patrimoniales no acordes a la actividad económica declarada			
Invierte demasiado dinero, sin importar la rentabilidad y fingen ignorancia frente al mercado.			
Es recomendada por asociados que exhiben actitudes poco confiables.			
Se muestra nerviosos o dudan en las respuestas y trae escrita la información solicitada			
Amenaza o intenta sobornar para que se acepte información incompleta o falsa			
El asociado aparece investigado penal o disciplinariamente			
Insiste en dar rapidez a su solicitud evitando trámites de control.			
Certifico que he cumplido con todas las políticas y procedimientos establecidos por FONEDH para la vinculación en calidad de Entrevistador y he adoptado todos los mecanismos de control establecidos en el manual de administración de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo			
SI ☐ NO ☐			



AUTORIZACION DE DESCUENTOS Y LAS DEMAS REQUERIDAS POR FONEDH

CODIGO	AS-F-002
EMISIÓN	19/09/22
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 acogiendo 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 incorporen 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:

X

Nombre del Asociado

X
Firma del Asociado

CC. No.

HUELLA



APERTURA CUENTA DE AHORROS.

OFICINA : NEIVA FECHA DE APERTURA _____ CUENTA NUMERO _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

DOCUMENTO: _____

EMPRESA _____

DIRECCION _____ BARRIO CIUDAD _____

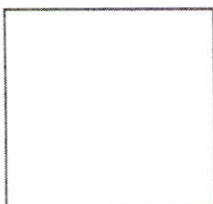
TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____

ORIGEN DE LOS FONDOS _____

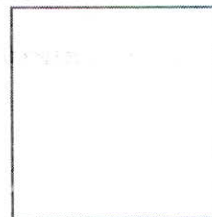
AUTORIZO APERTURAR CUENTA FONEAHORRITO PARA EL NIÑO: _____

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.



 GOBERNACIÓN DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SOLICITUD DE CERTIFICADOS	Código: SED-C050-P618-F01
		Fecha de Aprobación: 08 de septiembre de 2017
		Version: 4
		Página 1 de 1

CERTIFICADO TIEMPO DE SERVICIO
 CERTIFICADO ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
 CERTIFICADO DE ESCALAFÓN

☐
☐
☐

CERTIFICADO DE SALARIOS
 CERTIFICADO LABORAL
 CERTIFICADO PAZ Y SALVO

☐
☐
☐

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 ESCALAFÓN	
RETROACTIVOS ASCENSO	RETROACTIVO SUELDO	
RETROACTIVOS PRIMA	CESANTIAS TOTALES	
SOLICITUD DE EMPLEO	PRESTAMO	
CESANTIAS PARCIALES	PRIMA ACEADEMICA	
SOBRESUELDO DIRECTOR		
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		
CÁRGO	LIDER HISTORIAS LABORALES	SECRETARIA DE EDUCACIÓN

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo
Grupo Aportes

☐ Grupo Deudores
☐ Grupo Directivos

☐ Protección Familiar
Plan

☐ A ☐ B ☐ C



TOMADOR		FONEDH		C.C./NIT		891.103.461	
DIRECCIÓN		CR 4 8 45		CIUDAD		NEIVA	
ASEGURADO PRINCIPAL				C.C.		ESTADO CIVIL	
PESO (KG)		ESTATURA (Mts)		¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?		OCUPACIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO		CORREO ELECTRÓNICO		VALOR ASEGURADO			

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES ☐
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES ☐
3. CANCER ☐
4. DIABETES ☐
5. VIH POSITIVO / SIDA ☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ☐

8. CIRUGÍA ☐
9. ALCOHOLISMO ☐
10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐
11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐
13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO ☐
14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS ☐

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO



Autoriza Ingreso: Si ☒ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____

HUELLA

Huella del índice derecho del asegurado