



SOLICITUDES ADICIONALES

COD	SA001
FECHA	04/04/2024

FECHA DE SOLICITUD: _____

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Nombre Completo _____ Cargo _____

No. de documento _____ De _____ Estado Civil _____

Dirección de residencia _____ Barrio _____ Teléfono Casa _____

Ext. _____ Celular _____ E-mail personal _____

Fecha de Ingreso al Hospital _____ Tipo de Contrato _____ Fecha Vencimiento _____

CONCEPTO

Ferías Bonos Óptica Impuesto Vehículo PriceSmart Suscripciones

Monto solicitado \$ _____ Letras _____

Plazo: _____ Meses

- Certifico que la destinación de los recursos serán utilizados en actividades y productos lícitos sin implicaciones LAFT
- Condiciones de pago anticipado: No tiene ningún tipo de penalidad.
- Declaro que conozco y acepto todas las condiciones del crédito.
- Autorizo en caso de retirarme del Hospital a que sea entregado al Fondo de Empleados una copia de mi liquidación.
- Autorizo consultar y reportar, en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y demás bases de datos toda la información relevante acerca de mi comportamiento como deudor, para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- Me comprometo a entregar los soportes del crédito en las fechas pactadas previo al desembolso.
- En Virtud de la Ley 2300 de 2023 autorizo ser contactado por el acreedor, o cualquier persona que represente sus derechos de la presente obligación, por los siguientes medios:

Telefónico SMS Correo Electrónico WhatsApp Comunicaciones físicas

FIRMA: _____