

SOLICITUD DE AFILIACION

A. APORTE

INGRESO <input type="checkbox"/>	REINGRESO <input type="checkbox"/>	VALOR APORTES: <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual Valor Cuota \$	A PARTIR DE:	DÍA	MES	AÑO
		VALOR AHORRO NAVIDEÑO: <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual Valor Cuota \$		DÍA	MES	AÑO

B. DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.		
EMPLEADO DE: <input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN PROSERVIS <input type="checkbox"/> SUMAR PRODUCTIVIDAD						
EMPRESA DONDE LABORA:			CARGO QUE DESEMPEÑA:		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA Día Mes Año	
TIPO DE CONTRATO: <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TÉRMINO FIJO <input type="checkbox"/> OBRA O LABOR		INGRESOS: \$	TELÉFONO / EXTENSIÓN:		CIUDAD DE LA EMPRESA:	
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		BARRIO:	CIUDAD DE RESIDENCIA		ESTRATO SOCIOECONÓMICO: 1 2 3 4 5 6	
TELÉFONO(S) RESIDENCIA:		CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:			
FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año			ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE			No. DE HIJOS:
NIVEL EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO <input type="checkbox"/> DOCTORADO					PROFESIÓN:	
VIVIENDA: <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR			TIENE CREDITO DE VIVIENDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO BANCO: _____		TIENE CREDITO DE VEHÍCULO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO BANCO: _____	

C. BENEFICIARIOS: En caso de mi muerte declaro y designo como beneficiario(s) de mis aportes y ahorros a las siguientes personas:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PARENTESCO	CEDULA	%

Nota: Los porcentajes designados a estos beneficiarios, deben sumar el 100%.

D. GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE FONDO EXEQUIAL: Si es soltero (a) inscribir a padres y hermanos menores de 25 años, Si es casado (a) inscribir a padres, conyugue e hijos menores de 25 años.

*Padres del asociado tendrán cobertura a partir de los 90 días del primer descuento del Exequial. * El asociado Soltero que vincule hijos no podrá vincular hermanos *Hijos y Hermanos tendrán cubrimiento hasta los 25 años de edad. Valor del Fondo Exequial \$6.500 Mensuales.

PARENTESCO	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD	CIUDAD RESIDENCIA
CONYUGUE COMPAÑERA <input type="checkbox"/>				
HIJO 1 HERMANO (A) <input type="checkbox"/>				
HIJO 2 HERMANO (A) <input type="checkbox"/>				
HIJO 3 HERMANO (A) <input type="checkbox"/>				
HIJO 4 HERMANO (A) <input type="checkbox"/>				
PADRE				
MADRE				

Declaro expresamente que conozco todas las condiciones del Fondo Exequial, además declaro que todas las personas protegidas, gozan actualmente de buena salud y no padecen ninguna enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, diabetes, cáncer o sida. Igualmente autorizo a los médicos y hospitales que nos han atendido a suministrar todos los datos que posean sobre nuestro estado de salud y a Fonser a constatar la información solicitada.

E. REFERENCIAS FAMILIARES QUE NO VIVAN CON USTED

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S)

F. PARA USO EXCLUSIVO DE FONSER

Vo. Bo. Gerente _____	Fecha de Aprobación _____
---------------------------------	----------------------------------

Solicito ingresar como Asociado a FONSER acogiéndome a los Estatutos y Reglamentaciones que le rigen. En caso de resultar aprobada la solicitud, me comprometo a responder oportunamente por las obligaciones que haya contraído con el Fondo, Igualmente Autorizo también a mi empleador para que deduzca de mi salario en forma mensual o quincenal en forma proporcional según mi contrato de trabajo, los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor del Fondo de Empleados de Servicios - FONSER: APORTES, AHORROS OBLIGATORIOS, AHORROS VOLUNTARIOS si los hubiere, FONDO EXEQUIAL Y DEMAS OBLIGACIONES QUE ADQUIERA A TRAVES DE FONSER. Igualmente, autorizo descontar de los salarios, liquidación de prestaciones sociales, vacaciones, bonificaciones, honorarios, comisiones, indemnizaciones que se causen a mi favor como empleado de la empresa a la que estoy vinculado, el saldo insoluto de las obligaciones a mi cargo, de conformidad con lo expuesto para tal evento en los artículos 59 numeral 1 y 149 inciso 1, del Código Sustantivo del Trabajo.

Expresamente autorizo a FONSER para que exclusivamente con fines de:

- Información financiera reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de bases de datos o a cualquier entidad vigilada por las Superintendencias relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, los saldos a mi cargo y manejo de crédito, que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorgue en el futuro.
- Comerciales utilice los datos personales que suministro (Autorizo recibir información vía telefónica y correo electrónico)
- Así mismo, autorizo a Fonser a solicitar a mi empleador (actual y/o futuro) mi información laboral incluyendo pero sin limitarse a: Salario, Primas, Primas extralegales, Deducciones, Bonificaciones, etc.

Certificación: Para todos los efectos legales, certifico que toda la información suministrada en la presente solicitud de ingreso como asociado a FONSER es veraz y confiable. Nota: La firma de este documento se entenderá con valor jurídico para: Solicitud ingreso asociado - Autorización Deducción Nomina

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C.

RECIBIDO