

Solicitud de afiliación

Actualización de datos

Fecha

A

M

D

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos y nombres													
Cédula y lugar de expedición		de		Fecha de expedición		A	M	D					
Lugar de nacimiento				Fecha de nacimiento		A	M	D					
Dirección residencia		Barrio				Estrato							
Teléfono fijo		Celular		Email									
Tipo de vivienda	Propia		Familiar		Arriendo		Estado civil		No. personas a cargo				
Nivel educativo	Primaria		Secund		Técnico		Pregrado		Posgrado		Profesión		

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa				Dependencia				Fecha de ingreso	A	M	D	
Dirección				Teléfono				Email				
Cargo			Sueldo			Tipo contrato	Térm. fijo		Indefinid		Servicio	Otro

INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR BÁSICO (cónyuge, hijos, padres) Y BENEFICIARIOS

Apellidos y nombres	Tipo doc	Número	Fecha nacimiento	Parentesco	Ocupación	%Beneficiarios
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			
			A M D			

En caso de muerte o incapacidad para tomar decisiones avalada por las leyes colombianas, autorizo a Fondeprinter entregar los saldos de mis aportes y ahorros a los beneficiarios designados.

Autorizo a Fondeprinter para consultar a quien corresponda sobre mi salario, descuentos y demás información económica que considere necesaria.

Autorizo a Fondeprinter para que con fines estadísticos, de control, de supervisión y de información comercial a otras entidades, consulte y reporte a las centrales de riesgo y a cualquier otra entidad que maneje las bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de las obligaciones contraídas por mi con Fondeprinter o quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor legítimo. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero, y en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Autorizo al pagador de nómina de la empresa _____ para efectuar el descuento de mi salario y/o acreencias laborales, por el valor de la cuota periódica estipulada en esta afiliación y los cargos generados por todas las obligaciones económicas adquiridas con Fondeprinter, más los incrementos que determinen los estatutos y normas vigentes.

PORCENTAJE CUOTA MENSUAL %

Con periodicidad QUINCENAL ___ o MENSUAL ___ a partir de

A

M

D

Puede ser del 2% al 10% del sueldo básico mensual para aporte social y ahorro permanente

FIRMA DEL ASOCIADO

HUELLA

Aprobación Fondo de Empleados
Fecha :