

RADICACIÓN N°:



FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRES:				PRIMER APELLIDO:				SEGUNDO APELLIDO:			
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E.				NÚMERO:				FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION			
FECHA DE NACIMIENTO				LUGAR:				ESTADO CIVIL:			
DD	MM	AAAA	SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO				
TELÉFONO RESIDENCIA:				TELÉFONO CELULAR:				CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:						CIUDAD:			DEPARTAMENTO:		
NIVEL DE ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICA <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> OTROS						UNIVERSIDAD:			TÍTULO OBTENIDO:		

INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA DONDE LABORA:				CARGO:				TIPO DE CONTRATO:				
FECHA DE INGRESO:				TELÉFONO :				DIRECCIÓN:				
DD	MM	AAAA	CIUDAD:				DEPARTAMENTO:			CORREO ELECTRÓNICO LABORAL:		
OTROS INGRESOS:				SUELDO MENSUAL:				ENVÍO DE CORRESPONDENCIA				
Cuenta de NOMINA No:						BANCO:			TIPO DE CUENTA: AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>			

APORTE MENSUAL

<input type="checkbox"/> Su ingreso es entre 1 y 5 smmlv	APORTE MENSUAL:	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%		
<input type="checkbox"/> Su ingreso es entre 5 y 10 smmlv	APORTE MENSUAL:	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	
<input type="checkbox"/> Asociados con ingresos mayores a 10 smmlv	APORTE MENSUAL:	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
<input type="checkbox"/> Asociados pensionados	APORTE MENSUAL:	1%	2%	3%	4%	5%					

PATRIMONIO

PATRIMONIO						PIGNORACIÓN				
VIVIENDA	PROPIA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:	VALOR COMERCIAL: \$	SALDO \$	ENTIDAD	CUOTA \$		
VEHÍCULO	MARCA:	MODELO:	PLACA:	VALOR COMERCIAL: \$	SALDO \$	ENTIDAD	CUOTA \$			

DESCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR: Mencione a las personas que conviven con usted.

PARENTESCO				FECHA DE NACIMIENTO						NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN					
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros	1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	DD	MM	AAAA	C.C.	T.I.	C.E.	NUIP	NÚMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDO	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR

SERVICIO PÓSTUMO

PRESIDENCIAL GERENCIAL

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONOMICOS

Libre y espontáneamente manifiesto mi voluntad que en caso de retiro de FECOLSA por causa de muerte real o presunta, mis aportes, ahorro, auxilios y demás beneficios o derechos económicos que resulten a mi favor sean entregados a las personas y en las proporciones que se indican enseguida:

BENEFICIARIOS PRINCIPALES DE DERECHOS ECONÓMICOS

PARENTESCO								NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN					
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros	1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	% DE PARTICIPACIÓN	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS EN CASO DE FALTAR TODOS LOS PRINCIPALES

PARENTESCO								NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN					
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros	1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	% DE PARTICIPACIÓN	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

REQUISITOS INDISPENSABLES PARA LA AFILIACIÓN DE TERCEROS

De ser aceptada la presente solicitud de ingreso del suscrito autorizo a mi empleador para que descuenta periódicamente, de los derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera al Fondo de Empleados de Colsanitas las sumas de dinero que adeude a este por conceptos de aportes sociales, ahorros, contribuciones ordinarias u extraordinarias y demás obligaciones a que haya lugar en razón al vínculo de asociación así surgido, incluyendo la contribución por ingreso equivalente al 3% de un smmlv. Esta autorización tendrá efectos hasta la terminación del vínculo asociativo.

En el evento de no verificarse el descuento acá autorizado, me obligó a realizar oportunamente los pagos de las obligaciones a mi cargo en sus oficinas o mediante consignación en la forma que se me indique. para los efectos anteriores declaro que conozco las disposiciones estatutarias y reglamentarias del fondo, las cuales me comprometo a cumplir estrictamente, junto con los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ C.C. _____ DE _____

Para mayor información comuníquese con FECOLSA a los teléfonos 6466122 o las Ext: 10730 – 10731 o al e-mail: fecolsa@colsanitas.com

PARA USO EXCLUSIVO DE FECOLSA

LA JUNTA DIRECTIVA DE FECOLSA EN SU REUNIÓN DEL DÍA _____ DEL MES _____ AÑO _____

REGISTRADO POR _____ ACTA No _____