

FONDO DE EMPLEADOS DE LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA



FODECOM

NIT. 825.001.080-7

Formato No 5

FORMULARIO DE VINCULACION Y NOVEDAD DEL ASOCIADO

TIPO DE NOVEDAD

Solicitud de Ingreso

Actualización de la Información

Nombres _____

Apellidos _____

N° Identificación _____

CC TI CE Pas

Fecha de nacimiento _____

AAAA/MM/DD

Estado Civil _____

Lugar de nacimiento _____

Departamento _____

Municipio _____

Dirección domicilio _____

Departamento _____

Municipio _____

Teléfono (s) _____

Celular _____

Correo Electronico _____

Entidad Financiera _____

Preferencia _____

Nivel de Estudios _____

Casa Propia

Si No

Auto

Si No

Mujer Cabeza de Familia

Si No

Estrato de Residencia _____

Hijos No _____

Niñas _____ Niños _____

Nombre de la Empresa donde Labora _____

Cargo _____

Dirección Trabajo _____

Departamento _____

Municipio _____

Teléfono(s) _____

N° de Fax _____

Dependencia _____

Ocupación, oficio o profesión _____

Fecha de Ingreso a la Empresa _____

Administra recursos públicos _____

SI

NO

Actividad Económica _____

CIU _____

Jornada Laboral

Completo _____ Medio _____

INFORMACION FINANCIERA (\$)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal

Otros ingresos (especificar)

Egresos mensuales

Total activos

Total pasivos

AHORROS

AHORRO MENSUAL PERMANENTE

Mínimo 3% del Salario Basico Mensual _____

AHORRO CONTRACTUAL o NAVIDEÑO

Monto por nomina o Consignación _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera

SI
NO

Cuáles _____

Posee cuentas en moneda extranjera

SI
NO

Banco _____
Ciudad _____

Moneda _____
País _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera _____

FIRMA CLIENTE

HUELLA

EN CASO DE SER ADMITIDO, AUTORIZO A FODECOM PARA QUE ME SEA DESCONTADO POR LA NOMINA EL VALOR DE LOS APORTES, AHORROS Y OBLIGACIONES A QUE TENGA LUGAR, ASI MISMO, ME COMPROMETO A CUMPLIR LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS VIGENTES DEL FONDO.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A FODECOM PARA QUE LA VERIFIQUE.

ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.

AUTORIZO AL FONDO PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.

FIRMA CLIENTE

HUELLA

Fecha Diligenciamiento

AAAA/MM/DD

Descontar a partir del mes: _____

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE FODECOM

OBSERVACIONES:

FECHA REALIZACION ENTREVISTA

AAAA/MM/DD

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA _____

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACION DE INFORMACION _____

FECHA VERIFICACION INFORMACION

AAAA/MM/DD

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación

Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)

Declaración de rente del último período gravable disponible

PN



