



FONDO DE EMPLEADOS DE ALFAGRES - FEASA

FESI-01

SOLICITUD DE INGRESO

 Ingreso Reingreso

FECHA

D M A

DATOS PERSONALES	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
	No. Cédula:	Ciudad de Expedición:	Fecha de Nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	
	Dirección de Residencia:		Barrio:	Ciudad:	
	Nivel de Escolaridad <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Maestría	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Estrato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Casa <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada	Madre o Padre cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No No. de Hijos:

INFORMACIÓN ADICIONAL GRUPO FAMILIAR	HIJOS			
	Apellidos:	Nombres:	Fecha Nacimiento	Género
			D M A	M F
	Apellidos:	Nombres:	Fecha Nacimiento	Género
			D M A	M F
	Apellidos:	Nombres:	Fecha Nacimiento	Género
			D M A	M F
	Apellidos:	Nombres:	Fecha Nacimiento	Género
		D M A	M F	

CÓNYUGE	Apellidos:	Nombres:	Fecha Nacimiento
			D M A

INFO. LABORAL	Fecha de ingreso a la compañía	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado	Jornada Laboral <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo	Sección Donde Labora:	Número Cuenta Bancaria:
	D M A	Salario Base:	Cargo:	Banco:	
	Tipo de Contrato	Salario Promedio:	Cuota Ahorro:	Nombre de su Jefe:	Tipo de Cuenta:
	Fijo Indefinido Honorarios				

Al firmar este formulario de inscripción al Fondo de Empleados de Alfagres "FEASA", manifiesto que conozco y me comprometo a cumplir estrictamente el Estatuto, la reglamentación que rige y las disposiciones emanadas de la Junta Directiva de "FEASA" y autorizo expresamente a la pagaduría del Empleador, para que efectúe todos los descuentos correspondientes de mi salario destinados a "FEASA". Estos descuentos se efectuarán por cada uno de los eventos que generan el vínculo de asociación con "FEASA" (aportes + ahorros (min. 1% max. 10% SMMLV), créditos, servicios, etc.). De igual manera y en caso de terminación del contrato de trabajo con el Empleador, existiendo saldos pendientes con "FEASA", autorizo que estos sean descontados del salario, prestaciones sociales y/o indemnizaciones que me correspondan por la liquidación del contrato. Así mismo, les comunico que en caso de fallecimiento, los aportes, ahorros y demás derechos económicos que posea en "FONDO", les sean entregados a los siguientes beneficiarios, sin perjuicio de lo indicado en las disposiciones legales pertinentes:

Apellidos:	Nombres:	Teléfono:	Parentesco:
Firma:	Cédula No.:	Ciudad:	

Concepto Jefe Directo.	Concepto Jefe Dpto. R.R.I.I.
------------------------	------------------------------

Fecha Autorización Ingreso:	Observaciones:
-----------------------------	----------------

AUTORIZACIÓN JUNTA DIRECTIVA		
Firma:	Firma:	Firma:
Firma:	Firma:	