

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

FONDO DE EMPLEADOS DE SERVICIOS INTEGRADOS DE MERCHANDISING S.A.S

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	REFERIDO POR
--------------------	-----	-----	-----	--------------

DATOS PERSONALES

Nombres Completos		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número		Lugar de Expedición	
Estado Civil		Número de Hijos			
Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA	Lugar
				Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nivel de Escolaridad Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				Título	
Dirección Residencia				Ciudad	Departamento
Estrato Socioeconómico				Mujer Cabeza de Familia Si ___ No ___	
Teléfono Residencia		Teléfono Celular		Correo electrónico personal	

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde labora SIMER S.A.S		Dependencia (Empresa a la que presta Servicio)			Cargo
Fecha de Ingreso	DD	MM	AAAA	Tipo de Contrato	Correo electrónico laboral
Dirección Dependencia		Teléfono Dependencia		Ciudad Dependencia	Departamento Dependencia
Sueldo o Ingreso Mensual (\$)			Otros Ingresos (\$)		Descripción de otros ingresos
Cuenta bancaria N°			Tipo de Cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		Banco

DATOS DEL CONYUGE

Nombres Completos		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número		Fecha de Nacimiento	
		DD	MM	AAAA	
Nivel de Escolaridad Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				Título	
Empresa donde labora		Dependencia		Cargo	
Dirección		Teléfono		Ciudad	Departamento

PATRIMONIO

Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Dirección		Valor Comercial		Con Hipoteca Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Vehículo		Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial	Con Prenda Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otras Propiedades							

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre y apellido	Dirección	Teléfono Fijo	Celular

PERSONAS A CARGO

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD

Yo, _____ de Nacionalidad _____ y nacido el ____ del mes de _____ de ____ en _____ identificado(a) con C.C. No. _____ expedida en _____ declaro bajo juramento que es mi libre deseo y voluntad que de acuerdo con la ley en caso de fallecimiento, mis aportes, ahorros y cualquier seguro a que tenga derecho sean entregados a las personas a continuación referidas:

Nombres y Apellidos	Parentesco	Identificación	Porcentaje

En el caso de la devolución de aportes y ahorros deo salvo las normas que rigen el derecho sucesoral.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Me permito autorizar a ustedes efectuar los siguientes descuentos de mi sueldo con destino al FONDO DE EMPLEADOS DE MERCHANDISING S.A.S - FESIMER:

1. La suma de \$ _____ por una sola vez, en 5 cuotas quincenales, correspondiente a mi cuota de afiliación a la entidad y cuyo valor no es reembolsable.
2. Descontar mensualmente el ____% de _____ a partir de la fecha, para destinación a mi ahorro obligatorio.(3% de 1 SMMLV hasta el 10% del básico)
3. Acepto de acuerdo con la ley los descuentos por nómina que determine la Asamblea de la Entidad y los ajustes que correspondan a mis obligaciones adquiridas con el Fondo de Empleados de acuerdo a los estatutos vigentes.
4. En caso de mi retiro del Fondo ó de S.I. MER S.A.S. para que automáticamente abone al saldo de mi obligación con la entidad la totalidad de mis ahorros con la misma.

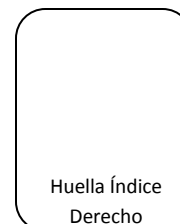
AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO

Certifico que la información suministrada es exacta y expresamente autorizo a FESIMER para que exclusivamente con fines de información financiera reporte, consulte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos o cualquier entidad vigilada por las Superintendencias sobre los saldos a mi cargo, operaciones de crédito, estado de las obligaciones y manejo del crédito, que bajo cualquier modalidad me hubieran otorgado o se otorgue en el futuro.

Al presentar esta solicitud de ingreso al Fondo de Empleados FESIMER, declaro que acepto y me someto a los Estatutos y Reglamentos del Fondo de Empleados de Servicios Integrados de Merchandising S.A.S.

Por ello firmo a los ____ días del mes de _____ del año _____.

FIRMA _____



Nota: Adjuntar copia legible del documento de identidad.