

# FORMULARIO DE AFILIACIÓN

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

FECHA DE SOLICITUD	DIA	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 <b>SIMER S.A.S</b>		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
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 dejo 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 MERCHANDISIN 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.**