

SOLICITUD DE AFILIACIÓN FONDO DE EMPLEADOS "SONFAMILIA"

La información solicitada es confidencial, para uso exclusivo del Fondo. Favor no dejar espacios en blanco.

ESPACIO EXCLUSIVO DEL FONDO
Fecha de Ingreso

DD	MM	AAAA
----	----	------

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO			
Apellidos y Nombres		Fecha de Nacimiento	
		DD	MM AAAA
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Fecha de Expedición	
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> PS Otro: Cuál? _____		DD	MM AAAA
Lugar de Expedición	Nacionalidad		
Estado Civil	Nivel de Estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Primaria	Secundaria Técnico Universitario Especialización
No. Hijos	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia	
Estrato	Teléfono de Residencia	Correo(s) Electrónico(s)	
Celular (es)		¿Está vinculado a otra entidad del sector solidario	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cuál? _____
		SI	NO
¿Que tipo de eventos/actividades le gustaría realizara el Fondo?		¿Le gustaría estudiar?	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		SI	NO ¿Qué le gustaría estudiar?
INFORMACIÓN LABORAL			
Empresa		Cargo	Fecha de Ingreso a la Empresa
			DD MM AAAA
Dirección de donde trabaja		Nombre del Edificio	Tipo de Nómina
			<input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL
Tipo de Contrato	Salario	No. de Cuenta de Nómina	Entidad
<input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TÉRMINO FIJO			
Tipo de Cuenta	Cuota Total a Descontar Mensualmente		
<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	Cuota Obligatoria	Ahorro Voluntario	Total a Descontar

REFERENCIAS

Familiar	Nombre	Dirección	Teléfono	Ciudad
Personal	Nombre	Dirección	Teléfono	Ciudad

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Relacione en este espacio los datos correspondientes a familiares o personas que se nombran como beneficiarios, en caso fallecimiento, así como de los programas sociales y de solidaridad establecidos por el Fondo de Empleados.

Tipo de Doc	No. Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento			Nombres y Apellidos	Parentesco	% Beneficio
		DD	MM	AA			

AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

Autorizo a la empresa en la que trabajo y que esta vinculada a SONFAMILIA para descontar de mis salarios, cesantías, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tengan derecho las cuotas tanto de aportes como de los servicios arriba señalados. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS SONFAMILIA para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como cliente de la entidad, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier otra central de información debidamente constituida. Así mismo autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte de SONFAMILIA o de terceros, todo respetando las limitaciones impuestas por las normas legales. Igualmente me comprometo durante la vigencia de la afiliación a actualizar la información suministrada en la solicitud o la que registra el FONDO DE EMPLEADOS SONFAMILIA, la cual se entiende vigente hasta tanto lo notifique al FONDO DE EMPLEADOS SONFAMILIA cualquier modificación. Declaro conocer los estatutos y reglamentos vigentes, autorizo los descuentos establecidos en los mismos.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a SONFAMILIA, con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito de ahorro a término, expedidas por los entes reguladores.

1. Declaro que mis recursos no involucran actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y por lo tanto no he prestado mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a mi nombre.

2. Autorizo a SONFAMILIA saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Entidad y tomar las medidas correspondientes, en el caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, e igualmente, me obligo para con el Fondo a reportar por lo menos una vez al año, los cambios que se haya generado respecto de la información aquí contenida.

ACEPTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN Conozco que la aceptación de mi asociación esta sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los Estatutos vigentes, como en general con toda la Reglamentación de SONFAMILIA.

Manifiesto que toda la información suministrada es veraz. En constancia de haber leído, entendido y aceptado, firmo el presente documento:

FIRMA	HUELLA ÍNDICE DERECHO	Espacio exclusivo para el Fondo de Empleados
		GRABADO POR:
		RECIBIDO POR:
NOMBRE		
CC		