

FF-1 SOLICITUD DE ASOCIACION



1. INFORMACION PERSONAL																	
Tipo documento		Identidad		Número			Fecha Expedición		Lugar Expedición			Sexo					
C.C.	<input type="text"/>	CE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	AAAA	<input type="text"/>	F	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre								
Fecha Nacimiento		Ciudad			Departamento			Pais									
DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	AAAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Estado Civil:		Soltero(a)	<input type="checkbox"/>	Casado(a)	<input type="checkbox"/>	Union Libre	<input type="checkbox"/>	Separado(a)	<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>	Viudo(a)	<input type="checkbox"/>				
Nivel Educativo		Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/>	Tecnólogo	<input type="checkbox"/>	Profesión		<input type="text"/>					
		Universitario	<input type="checkbox"/>	Especialización	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="text"/>										
Direccion Residencia				Barrio			Ciudad		Departamento								
Telefono Residencia		Celular			E-mail												
Tipo de Vivienda		Propia	<input type="checkbox"/>	Arrendada	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	Apto.	<input type="checkbox"/>	Finca	<input type="checkbox"/>	Cond.	<input type="checkbox"/>	Estrato Social	<input type="text"/>

2. INFORMACION LABORAL												
Empresa donde labora:		Ingredion	<input type="checkbox"/>	Gentes	<input type="checkbox"/>	Fonmaíz	<input type="checkbox"/>	Pensionado/Externo	<input type="checkbox"/>	Ciudad		<input type="text"/>
Dependencia		Cargo			Salario		Fecha Ingreso		Extension			
							DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	AAAA	<input type="text"/>

3. INFORMACION FINANCIERA											
INGRESOS						EGRESOS					
Detalle Ingreso		Valor Mensual				Detalle Egreso		Valor Mensual			
Salario Basico						Arrendamiento / Cuota Vivienda					
Honorarios						Cuotas otros creditos					
Arriendos						Educacion					
Otros Ingresos						Otros Egresos					
		Total						Total			
Descripcion Otros Ingresos						Descripcion Otros Egresos					

4. INFORMACION FAMILIAR																
DATOS CONYUGE																
Tipo documento		Identidad		Número			Fecha Expedición		Lugar Expedición			Sexo				
C.C.	<input type="text"/>	CE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DD	<input type="text"/>	MM	<input type="text"/>	AAAA	<input type="text"/>	F	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>
Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre							
Telefono Residencia		Celular			E-mail											
Nivel Educativo		Primaria	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Tecnico	<input type="checkbox"/>	Tecnologo	<input type="checkbox"/>	Profesion		<input type="text"/>				
Actividad Economica		Empleado	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>	Pensionado	<input type="checkbox"/>	Empresa		<input type="text"/>						

Relacion de Hijos						
Apellidos	Nombres	Tipo Doc.	Numero Doc.	Trabaja		Fecha Nac.
				SI	NO	
				SI	NO	
				SI	NO	

Personas a cargo adicionales a su grupo familiar (que dependan económicamente del asociado)						
Apellidos	Nombres	Tipo Doc.	Numero Doc.	Parentesco	Fecha Nac.	Nivel Academico

Datos Beneficiarios								
Apellidos	Nombres	Tipo Doc.	Numero Doc.	Parentesco	Telefono	Fecha Nac.	Ciudad	%

Referencias					
	Nombres	Parentesco	Telefono	Celular	Ciudad
Personales					
Familiares					

5. SOLICITUD DE ASOCIACION

1. Con la presente me permito solicitarle a FONMAIZ mi admision como asociado, en caso de ser aprobada esta solicitud declaro acatar los estatutos y reglamentos del Fondo de Empleados, así mismo autorizo al departamento de Gestion Humana de la empresa donde trabajo me descuenten por concepto de APORTES Y AHORRO PERMANENTE la suma de \$ _____. Así mismo FONMAIZ queda autorizado para descontarme de mi salario por nomina, las cuotas correspondientes a los creditos, convenios o servicios que en un futuro realice, de acuerdo a lo pactado y establecido dentro de los estatutos y reglamentos.

2. DOMICILIO: Informare oportunamente el cambio de domicilio, telefono, celular y correo electronico

3. AUTORIZO con carácter permanente y de manera irrevocable a FONMAIZ o a quien este autorice, para obtener, consultar y reportar a las centrales de informacion crediticia y a cualquier fuente y base de datos, la informacion y clase de operaciones que efectue o haya efectuado con entidades del sector financiero, solidario y otros sectores y que en general sirva de referencias para determinar el analisis. Esta autorizacion tendra permanencia hasta que FONMAIZ o las centrales de informacion lo consideren necesario

4. CERTIFICO que la informacion suministrada en la presente solicitud es real y no hace parte de ninguna actividad ilicita contemplada en el codigo Penal Colombiano; asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma.

5. CERTIFICO que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupacion, oficio, actividad, negocio, etc.) _____

6. Tanto mi actividad, profesion u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en elCodigo Penal Colombiano

Firma _____

C.C. _____

Funcionario que recibe _____

Fecha de Radicacion

DIA	MES	AÑO

Observaciones: _____

6. AUTORIZACION DESEMBOLSO

Tipo de Cuenta Ahorro Autorizo a FONMAIZ, para realizar transferencias electronicas del dinero producto de creditos, ahorros, retiros y devoluciones a mi nombre o a terceros

Corriente Cuenta Numero _____ Entidad _____

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR FONMAIZ

Aprobado	Fecha	Acta No.	Observaciones
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Documentos que se deben anexar

Formulario solicitud de Asociacion completamente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, con firma y huella original