

FF-2 AHORROS VOLUNTARIOS



INFORMACION PERSONAL

Tipo documento Identidad		Número	Fecha Expedición			Lugar Expedición	Sexo	
C.C. <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	DD <input type="text"/>	MM <input type="text"/>	AAAA <input type="text"/>	<input type="text"/>	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Dirección Residencia			Barrio	Ciudad				
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Telefono Residencia		Celular		E-mail				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Empresa : Ingridion <input type="checkbox"/>		Trabajamos <input type="checkbox"/>		Fonmaiz <input type="checkbox"/>		Pensio./Externo <input type="checkbox"/>		Colaboramos <input type="checkbox"/>
Dependencia		Cargo			Salario			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			

INFORMACION COSTITUCION DE AHORRO

AHORRO VACACIONAL	\$ <input type="text"/>	AHORRO LIBRE INVERSION	\$ <input type="text"/>
AHORRO EDUCATIVO	\$ <input type="text"/>	AHORRO NAVIDAD	\$ <input type="text"/>
AHORRO CREDISUEÑO	\$ <input type="text"/>	AHORRO FONMAIZITO	\$ <input type="text"/>

* Declaro que he leído el reglamento para la constitucion de Ahorro Voluntario con el Fondo de Empleados FONMAIZ

DATOS DE BENEFICIARIOS

Tipo Doc.	Numero Doc.	Nombres y apellidos	Parentesco	Porcentaje

AUTORIZACION DE DESCUENTO POR NOMINA

Autorizo al pagador de la empresa INGREDION COLOMBIA SA, TRABAJAMOS JMC SAS, COLABORAMOS MAG SAS y/o FONMAIZ, para que descuente de mi sueldo con destino al Fondo de Empleados FONMAIZ , de la cual soy asociado la suma mensual que anote, con destino a la constitucion de Ahorro Voluntario

DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: el origen de los fondos que manejare en la cuenta solicitada provienen del giro ordinario de actividades licitas, y mi ocupación economica no es ni se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas. Igualmente declaro que el origen de mis recursos proceden del desarrollo de la(s) siguiente(s) actividad(es) _____

Me obligo a no prestar mi cuenta y a no permitir que terceros efectuen depositos o transferencias a mi cuenta y a no hacer pagos o transferencias desde mi cuenta a desconocidos. Tambien declaro que la información que suministro es veraz, completa, la he proporcionado sin retinencia y si Fonmaiz lo solicita me obligo a entregar la información, documentos y explicaciones pertinentes. Cualquier inexactitud al respecto o al verme sindicado o involucrado por cualquier autoridad, en investigaciones relacionadas con el lavado de activos o enriquecimiento ilicito, faculto a Fonmaiz para dar por terminado sin explicaciones el presente contrato.

Firma C.C. _____		Funcionario que recibe Fecha de Radicacion	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIA	MES	AÑO							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							