

SOLICITUD

INGRESO DE ASOCIADO

En cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Circular Externa 006 de Marzo de 2014 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, este formato debe ser diligenciado completamente en letra imprenta con tinta negra, sin errores de enmendadura o tachones.

A. APORTE

|                                |                                  |                                                                                               |              |     |     |     |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|-----|-----|
| <div>INGRESO</div> <div></div> | <div>REINGRESO</div> <div></div> | VALOR APORTES:                                                                                | A PARTIR DE: | DÍA | MES | AÑO |
|                                |                                  | <div><input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual</div> Valor Cuota \$ |              | DIA | MES | AÑO |
|                                |                                  | VALOR AHORRO NAVIDEÑO:                                                                        |              |     |     |     |
|                                |                                  | <div><input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual</div> Valor Cuota \$ |              |     |     |     |

B. DATOS DEL ASOCIADO

|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                      | SEXO                                                             | DOCUMENTO DE IDENTIDAD No.                                                                                                          |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                      | <div><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</div> |                                                                                                                                     |               |     |
| EMPLEADO DE:                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
| <div><input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN PROSERVIS <input type="checkbox"/> SUMMAR PRODUCTIVIDAD</div>                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
| EMPRESA DONDE LABORA:                                                                                                                                                                                                          |  | CARGO QUE DESEMPEÑA:                                                                                                                                                                 |                                                                  | FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA                                                                                                       |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  | Día                                                                                                                                 | Mes           | Año |
| TIPO CONTRATO: <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OBRA O LABOR                                                                                                         |  | INGRESOS:                                                                                                                                                                            | TELÉFONO / EXTENSIÓN:                                            | CIUDAD DE LA EMPRESA:                                                                                                               |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                |  | \$                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
| DIRECCIÓN RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                          |  | BARRIO:                                                                                                                                                                              | CIUDAD DE RESIDENCIA                                             | ESTRATO SOCIOECONOMICO: 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |               |     |
| TELÉFONO(S) RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                        |  | CELULAR:                                                                                                                                                                             | CORREO ELECTRÓNICO:                                              |                                                                                                                                     |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
| FECHA NACIMIENTO: Mes      Día      Año                                                                                                                                                                                        |  | ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE |                                                                  |                                                                                                                                     | No. DE HIJOS: |     |
|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
| NIVEL EDUCATIVO: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  | PROFESIÓN:                                                                                                                          |               |     |
|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                                                                                                                     |               |     |
| ¿Las decisiones a su cargo influyen en la Política o impacta en la sociedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                           |  | ¿Administra o dispone de recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                  |                                                                  | ¿La sociedad lo identifica como personaje Público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                          |               |     |

C. GRUPO FAMILIAR ASEGURABLE FONDO EXEQUIAL: Si es soltero (a) inscribir a sus padres y hermanos menores de 30 años.  
Si es casado (a) inscribir a sus padres, conyugue e hijos menores de 30 años, según reglamentación del servicio, el asociado es responsable de la veracidad de la información de los datos básicos de los familiares directos, por lo cual FONSER no se responsabiliza si el familiar directo no queda registrado correctamente en el sistema de información.  
**\*Padres del asociado tendrán cobertura a partir de los 60 días del primer descuento del Exequial. \* El asociado Soltero que vincule hijos no podrá vincular hermanos**  
**\*Hijos y Hermanos tendrán cubrimiento hasta los 30 años. Valor del Fondo Social Exequial \$12.000 Mensuales.**

| PARENTESCO                                                              | NOMBRES | APELLIDOS | EDAD | CIUDAD RESIDENCIA |
|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|------|-------------------|
| CONYUGUE <input type="checkbox"/><br>COMPAÑERA <input type="checkbox"/> |         |           |      |                   |
| HIJO 1 <input type="checkbox"/><br>HERMANO (A) <input type="checkbox"/> |         |           |      |                   |
| HIJO 2 <input type="checkbox"/><br>HERMANO (A) <input type="checkbox"/> |         |           |      |                   |
| HIJO 3 <input type="checkbox"/><br>HERMANO (A) <input type="checkbox"/> |         |           |      |                   |
| PADRE                                                                   |         |           |      |                   |
| MADRE                                                                   |         |           |      |                   |

Declaro expresamente que conozco todas las condiciones del Fondo Exequial, además declaro que todas las personas protegidas, gozan actualmente de buena salud y no padecen ninguna enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, diabetes, cáncer o sida.

D. REFERENCIAS FAMILIARES QUE NO VIVAN CON USTED

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | DIRECCIÓN | TELÉFONO(S) |
|-------------------------------|-----------|-------------|
|                               |           |             |

**AUTORIZACION:** Desde ahora autorizo irrevocablemente a mi empleador para descontar de mi salario y demás remuneraciones a mi favor, y pagar a favor de FONSER las sumas que mensualmente se causen como consecuencia de obligaciones económicas adquiridas, dentro de los límites legales autorizados. De la misma forma autorizo para que con fines de control de mi capacidad de pago y tratamiento de datos personales, mi empleador o entidad pagadora y Fonser se compartan entre sí la información relativa a mi salario, honorarios, devengos, créditos, descuentos y datos personales. La presente autorización se extiende en el evento que llegare a cambiar de empleador o entidad pagadora en los términos del artículo 7° de la Ley 1527 de 2012, permitiendo a Fonser exigir al nuevo empleador o entidad pagadora el descuento de los dineros que se causen a mi favor, pudiendo descontarse hasta el 50% de mi salario (Liquidación prestaciones sociales, vacaciones, bonificaciones, comisiones, indemnizaciones), pensión u honorarios, en los términos que dan cuenta el artículo 55° del Decreto 1481 de 1989, con el fin de pagar los saldos insolutos a mi cargo. También autorizo para que descunte de mi salario en forma mensual o quincenal de manera proporcional según mi contrato de trabajo, los valores correspondientes a los siguientes conceptos a favor de Fonser:  
1) Aportes,  
2) Ahorros Obligatorios, 3) Ahorros Voluntarios si los hubiere. 4) Fondo Social Exequial y demás obligaciones que adquiera a través de Fonser.

Igualmente, Autorizo a Fonser para: (I) Consultar, reportar y procesar mi comportamiento crediticio, financiero o comercial ante las Centrales de Información Financiera legalmente constituidas, ya sea nacionales o extranjeras, así como ante cualquier entidad que administre o maneje bases de datos. En general, la presente autorización comprende la facultad para realizar cualquier tratamiento lícito de mis datos personales, comerciales y financieros, incluyendo la facultad para compartir información con las empresas patronales y filiales. (II) En el evento de la terminación de mi contrato de trabajo, se retenga de la liquidación definitiva de la relación laboral, las sumas correspondientes al saldo insoluto de la obligación a mi cargo, en los términos que dan cuenta el artículo 56° del Decreto 1481 de 1989. (III) Compensar contra mis aportes el saldo insoluto de la obligación en el evento de retiro de Fonser por cualquier causa.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS:** Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 006 de Marzo de 2014 de la Superintendencia de la Economía Solidaria, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a Fonser de la siguiente información: A. No admitiré que terceros efectúen depósitos y/o transferencias de fondos a mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. B. Autorizo a terminar unilateralmente cualquier producto adquirido con Fonser, en el caso de infracción de cualquier de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a Fonser toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado en este documento, o de la violación de este. C. Los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y por el contrario provienen de una actividad lícita. (detalle de ocupación, Oficio, profesión, actividad, etc.)\_\_\_\_\_.

**CERTIFICACIÓN:** La información por mi suministrada es veraz, completa y exacta y me obligo a suministrar y actualizar como mínimo una vez por año todos los datos y documentos que FONSER me solicite para corroborar la información suministrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento del asociado. En el evento de incumplir la información aquí establecida, autorizo especialmente a FONSER a rechazar la apertura u otorgamiento de nuevos productos financieros y de ahorro y a bloquear los que a mi nombre se encuentren vigentes hasta tanto confirme la información proporcionada en este formulario.

FIRMA DEL SOLICITANTE - C.C.

Con la presente firma, se da fé y constancia de la aceptación y entendimiento de cada uno de los puntos que trae la presente solicitud de Ingreso de Asociado a FONSER.

RECIBIDO

E. PARA USO EXCLUSIVO DE FONSER: Vo. Bo. Gerente \_\_\_\_\_ Fecha de Aprobación \_\_\_\_\_