

FORMULARIO DE AFILIACIÓN



Nombres y apellidos		Fecha de expedición		CC	CE	PAS
Numero de identificación		Departamento		Municipio		
Fecha de nacimiento		3.Viudo		4.Union libre	5.Separado	6.Divorciado
Estado Civil		1.Soltero		2.Casado		
Direccion domicilio		Departamento		Municipio		
Correo electronico		Celular		Telefono		
Estrato		Mujer cabeza de familia		SI	NO	
Nivel de escolaridad		1.Primaria		2.Secundaria	3.Tecnico	4.Tecnologia
Nombre de familiar que no viva con usted		5.Universitario		6.Especializacion		
		Celular		Parentesco		

Estructura Familiar

Nombres y apellidos de conyuge		CC		Fecha de nacimiento		
Nivel de escolaridad		1.Primaria		2.Secundaria	3.Tecnico	
Ocupacion		4.Tecnologia		5.Universitario	6.Especializacion	
		Empresa				

Personas que dependen economicamente del asociado

Nombres y apellidos	Fecha de nacimiento	Nivel de escolaridad	Parentesco	Discapacitado	
				SI	NO

Informacion Financiera

Ingresos mensuales	Egresos mensuales
Otros ingresos (Especifique)	Otros egresos (Especifique)
Total de activos	Total de pasivos

Patrimonio Familiar

Tipo de vivienda	1.Propia	2.Alquilada	3.Hipoteca	4.Familiar	5.Lote	6.otro
Tipo de vehiculo	Automovil	Motocicleta	Valor comercial			

Informacion Laboral

Nombre de la empresa	STO
Fecha de ingreso	Salario Basico
Ocupacion, oficio o profesion	Fondo de Cesantias

Administra recursos publicos	SI	NO	Cuales?
Persona publicamente expuesta	SI	NO	
Realiza operaciones en moneda extranjera	SI	NO	
Posee cuentas en moneda extranjera	SI	NO	

Autorización de aportes y ahorros. Me permito presentar mi vinculación como asociado activo de este FONDO, para tal efecto me comprometo a cumplir con lo dispuestos en los ESTATUTOS y reglamentos internos. En consecuencia autorizo al pagador de la empresa que genera el vinculación de asociación y/o a otras entidades para las que labore en cualquier tiempo para descontar de los salarios, prestaciones e indemnizaciones a que tengo derecho, y/o fondo de cesantías en las que tenga consignado dinero, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de estas, sean descontados y pagados directamente al Fondo de Empleados Sociedad de Inversiones de la Costa Pacifica – FEINCOPAC los saldos debidos en su favor por los créditos y servicios otorgados. Igualmente autorizo el descuento por nómina de las cuotas quincenales por conceptos de ahorros, amortización de servicios y aquellas cuotas ordinarias o extraordinarias que fije la Asamblea de Asociados, de conformidad con lo establecido en el artículo 142 de la ley 29 de 1988.

Autorización de trámites digitales. Acepto el manejo de documentos de forma electrónica (modo digital) (ley 594/2000 y 527/1999), concebido de acuerdo con las normas impartidas por el archivo general de la Nación o el ente competente, por lo tanto, doy validez a dichos documentos para cualquier trámite legal y permito expedir copias de documentos a mi nombre que presten mérito ejecutivo.

Autorización de consulta y reporte a centrales de riesgo y bases de datos. Autorizo para que exclusivamente y para fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos y listas vinculantes para Colombia sobre todas mis operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubieren otorgado o se me otorguen en el futuro, también, que las notificaciones y requerimientos, sean enviados a mis datos de contacto aquí registrados y los que reposan en la base de datos de mi empleador. Autorizo que me contacten para brindarme información pertinente al Fondo de Empleados FEINCOPAC.

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a FEINCOPAC para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Acepto la política de tratamiento de datos personales de FEINCOPAC.

Beneficiarios de la Poliza

Indique nombre de persona(s) y porcentaje designados a cada uno.
Este es un **BENEFICIO QUE NO TIENE COSTO ADICIONAL**, que te ofrece tu **FONDO DE EMPLEADOS**.

Nombres y apellidos	CC	Parentesco	Distribucion %	Celular

FIRMA DEL ASOCIADO

CC

SR. ASOCIADO POR FAVOR ANEXAR
Fotocopia del documento de identificación
Desprendible de pago

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA FEINCOPAC

Nombre del funcionario que realizo la vinculacion
Observaciones