

AMIGO REFERIDO		
Nombre amigo referido	Apellido amigo referido	No. Cédula

ESPACIO PARA COLOCAR FOTO	INFORMACIÓN PERSONAL					
	No. Cédula	Expedida en	Primer Apellido		Segundo Apellido	
	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Estado Civil Soltero(a) <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/>		
	Nivel de Estudio Bachiller <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			Profesión:		Mujer cabeza de hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ciudad Residencia	Departamento	Lugar de Nacimiento	Departamento		Estrato de la vivienda 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Fliar <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Dirección		No. Teléfono	No. Celular
Operador de celular Movistar <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Tigo <input type="checkbox"/>		E - mail personal		E - mail corporativo		
Posee vehículo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Preferencias (deportes, música, manualidades, otros.)		¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Autorizo recibir información vía mensaje de texto gratuitamente	
		¿Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
		¿Declara renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
No. Personas a Cargo - parentesco		Cuenta transferencias Cuenta No.		Banco	Tipo Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN LABORAL			
Empresa donde labora Sanofi <input type="checkbox"/> Winthrop <input type="checkbox"/> Pasteur <input type="checkbox"/> Genzyme <input type="checkbox"/> Fondo <input type="checkbox"/> ACCION <input type="checkbox"/> Genfar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Tipo de Contrato Integral <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Definido (menor a 1 año) <input type="checkbox"/> por tarea <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Fecha de ingreso MM/DD/AA
Código empresa			
Duración de la jornada laboral Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/>	Cargo	Área de Trabajo Comercial <input type="checkbox"/> Adminis. <input type="checkbox"/> Planta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
		Salario básico mensual	

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Solicito se sirvan aceptarme como asociado activo a FEAVANZA. Así mismo me comprometo a cumplir con las normas que rigen al Fondo. Autorizo A FEAVANZA a descontar el % de mi salario mensual, la suma de \$, como aporte. Igualmente autorizo a descontar de mi salario y/o prestaciones legales o extralegales las obligaciones que contraiga con el Fondo en mi calidad de Asociado (a) **por ahorros, servicio exequial, cuota de admisión, cuota de solidaridad y de bienestar.** Autorizo a FEAVANZA para manejar y/o dar tratamiento a mi información personal a fin que pueda incluirla o recogerla en sus bases de datos o archivos. Manifiesto que el Fondo me ha puesto en conocimiento de la existencia de su Política para el tratamiento de la información de datos, la cual se encuentra contenida en la página Web de la entidad. Autorizo así mismo la transferencia de mis datos a la centrales de riesgo y/o listas vinculantes cuando sea requerido por parte del Fondo, para la finalidad indicada en la política de Tratamiento de la información. **Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.**

AHORROS

Como ahorro adicional mensual, autorizo a descontar de mi salario en la siguiente modalidad de ahorros:

1. Ahorro voluntario la suma de \$ _____, (valor en letras) _____ A partir del mes de _____

2. Ahorro programado la suma de \$ _____, (valor en letras) _____ A partir del mes de _____ 6 meses 1año

REGISTRO SOCIAL					
Inscriba a sus padres y cónyuge o compañero (a) permanente, sin límite de edad y a sus hijos hasta los 25 años que dependan económicamente de usted, ellos tendrán derecho a participar en eventos programados por el FONDO DE EMPLEADOS AVANZA y a beneficiarse de auxilios de acuerdo al Reglamento de Solidaridad. En caso de muerte, sus aportes y ahorros serán entregados a las siguientes personas, sin perjuicio de lo establecido en el código civil respecto a las órdenes sucesoriales.					
PARENTESCO	No. CÉDULA	NOMBRES Y APELLIDOS	NACIMIENTO	OCUPACIÓN	DISTRIBUCIÓN APORTES %
Padre			MM/DD/AA		
Madre			MM/DD/AA		
Cónyuge			MM/DD/AA		
Hijo			MM/DD/AA		
Hijo			MM/DD/AA		
Hijo			MM/DD/AA		

Firma Solicitante	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA	Espacio para uso exclusivo del Fondo de Empleados Aprobado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha MM DD AAAA Acta No. _____ Firma _____
C.C. _____		