

Foto

FORMULARIO DE ASOCIACIÓN ACTUALIZACIÓN

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AÑO MES DÍA

TIPO DE ASOCIADO EMP. PENSIONADO POR PRIM VEZ REINTEGRADO FAMILIAR

1. DATOS GENERALES

NÚMERO DOCUMENTO		TIPO DE DOCUMENTO		FECHA DE EXPEDICIÓN			CIUDAD DE EXPEDICIÓN	
		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		AÑO	MES	DÍA		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL	
M <input type="checkbox"/>	AÑO	MES	DÍA	CIUDAD	DEPARTAMENTO		<input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)	
F <input type="checkbox"/>								

NIVEL DE ESTUDIOS

PRIMARIA BACHILLERATO TÉCNICO / TECNÓLOGO UNIVERSIDAD ESPECIALIZACIÓN MAESTRIA DOCTORADO

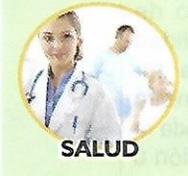
EDUCACIÓN MUTUALISTA

BÁSICO MEDIA SUPERIOR ESPECIALIZADA NINGUNO

CIUDAD	DIRECCIÓN RESIDENCIA	BARRIO	TELÉFONO	CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO		ENVÍO DE CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> EMPRESA O NEGOCIO <input type="checkbox"/> ENTREGA OFICINA MUTUALISTA <input type="checkbox"/>		

2. DATOS LABORALES

ENTIDAD		FECHA DE INGRESO			DEPENDENCIA	
		AÑO	MES	DÍA		
CARGO QUE DESEMPEÑA		TIPO DE CONTRATO		SALARIO	OTROS INGRESOS	
				\$	\$	
CIUDAD	TELÉFONO		EXT.	FAX	DIRECCIÓN	
TELÉFONO MÓVIL			E-MAIL			
VIVIENDA						
<input type="checkbox"/> PROPIA	<input type="checkbox"/> FAMILIAR		<input type="checkbox"/> ARRIENDO		<input type="checkbox"/> ESTRATO _____	



NOTA: Es necesario anexar: fotocopia cédula de ciudadanía, fotocopia último desprendible de pago y formato plan de exequial. Si tiene educación mutualista favor anexar fotocopia del documento.

EN CASO DE FALLECIMIENTO SIENDO ASOCIADO HÁBIL CONSTITUYO COMO BENEFICIARIO LEGÍTIMO DEL AUXILIO POR MUERTE A LAS SIGUIENTES PERSONAS.

3. BENEFICIARIOS

DOCUMENTO No.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	%

4. INFORMACIÓN GENERAL

* Autorizo a _____ para que descuente de mi salario los valores correspondientes establecidos en el estatuto y en los reglamentos, con relación a la cuota de contribución y los ahorros permanentes.

* Declaro que la información suministrada en este formulario concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Yo el abajo firmante, portador de la cédula de ciudadanía indicada en este formulario, autorizo de manera expresa e irrevocable a AMSEP o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a la Central de Información Financiera, establecida por AMSEP, que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o cualquiera otra central que cumpla el mismo objetivo, toda la información referente a mi comportamiento como cliente. Afirmo que tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficios son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal.

* Me comprometo a actualizar por lo menos anualmente mis datos personales.



FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C.

OBSERVACIONES:

Presentado por: _____

Fecha: _____