

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO					
AÑO		MES		DÍA	

FORMULARIO DE ASOCIACIÓN **ACTUALIZACIÓN**

TIPO DE ASOCIADO | EMP. PENSIONADO POR PRIM VEZ REINTEGRADO FAMILIAR

1.DATOS GENERALES

NÚMERO DE DOCUMENTO		TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E.		FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO MES DÍA			CIUDAD DE EXPEDICIÓN	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA			LUGAR DE NACIMIENTO			ESTADO CIVIL <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)	

NIVEL DE ESTUDIOS

PRIMARIA BACHILLERATO TÉCNICO/TECNOLOGO UNIVERSIDAD ESPECIALIZACIÓN MAESTRIA DOCTORADO

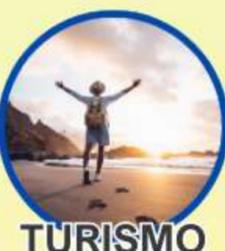
EDUCACIÓN MUTUALISTA

BÁSICO MEDIA SUPERIOR ESPECIALIZADA NINGUNO

CIUDAD	DIRECCIÓN RESIDENCIAL	BARRIO	TELÉFONO	CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO:				

2.DATOS LABORALES

ENTIDAD		FECHA DE INGRESO AÑO MES DÍA			DEPENDENCIA	
CARGO QUE DESEMPEÑA	TIPO DE CONTRATO	SALARIO			OTROS INGRESOS	
CIUDAD	TELÉFONO	DIRECCIÓN				
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO					
VIVIENDA <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRIENDO ESTRATO: _____						



NOTA: Es de suma importancia anexar los siguientes documentos:

(Fotocopia del documento de Identidad y Fotocopia del Último desprendible de pago); si tienen educación mutualista favor anexar fotocopia del certificado. Para los que adquieran de algunos de los servicios de la Mutual, anexar el formato correspondiente.

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO HÁBIL CONSTITUYÓ COMO BENEFICIARIO LEGÍTIMO DE MI DERECHO ECONÓMICO A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

3.BENEFICIARIOS

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

4.INFORMACIÓN GENERAL

- _____ Autorizo a la **ASOCIACIÓN MUTUAL DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVILES** 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 del documento de identidad 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 y procesar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a la central de información financiera, establecida por la **AMSEP**, que administra la asociación Bancaria y de Entidad 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

No. Documento.

5.ESPACIO DE DILIGENCIAMIENTO POR LA "AMSEP"

APROBACIÓN POR LA JUNTA DIRECTIVA:	NUMERO DE ACTA	FECHA
------------------------------------	----------------	-------

OBSERVACIONES:

ASESOR