

## SOLICITUD DE ASOCIACION



Por medio de la presente solicito a ustedes mi asociación al FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS para lo cual suministro la siguiente información : (Favor diligenciar en letra impresa sin enmendaduras)

|         |        |       |     |
|---------|--------|-------|-----|
| EMPRESA | CIUDAD | FECHA |     |
|         |        | MES   | DIA |
|         |        |       | AÑO |

| INFORMACION PERSONAL   |   |               |                   |
|--|---|---------------|-------------------|
| Documento de Identidad No. _____   | Expedido en _____   |               |                   |
| Tipo de Documento de identidad: C.C. ____ C.E. ____ T.I ____                                   | Fecha de Expedición   | Mes: _____    | Día ____ Año ____ |
| Apellidos _____  | Nombres _____   |               |                   |
| Sexo      Masculino ____ Femenino ____   | Fecha de Nacimiento   | Mes: _____    | Día ____ Año ____ |
| Ciudad de nacimiento _____   | Departamento _____  |               |                   |
| Estado Civil    Soltero ____    Union Libre ____    Casado ____    Separado ____    Viudo ____ |   |               |                   |
| Nivel de estudios Prim ____ Bach ____ Técnico ____ Univers ____ Postgrado ____ Otro ____       | Profesión _____   |               |                   |
| Dirección Residencia _____   | Barrio _____  |               |                   |
| Ciudad de Residencia _____   | Telefono Residencia _____                                     | Celular _____ |                   |
| Email personal _____   |   |               |                   |
| Tipo de Inmueble Casa ____ Apto ____ Lote ____   | Vivienda Propia ____ Arriendo ____ Familiar ____ Estrato ____ |               |                   |

| REFERENCIAS FAMILIARES |           |          |         |
|------------------------|-----------|----------|---------|
| NOMBRES Y APELLIDOS    | DIRECCION | TELEFONO | CELULAR |
| _____                  | _____     | _____    | _____   |
| _____                  | _____     | _____    | _____   |

| INFORMACION LABORAL   |                       |             |                   |
|---|-----------------------|-------------|-------------------|
| Dependencia _____   | Centro de costo _____ | Cargo _____ |                   |
| Tipo de Contrato: Indefinido ____ Fijo ____ Por Servicios ____ Pensionado ____                                | Salario: _____        |             |                   |
| Tipo de Salario: Básico ____ Básico + Variable ____ Integral ____ Integral + Variable ____ Solo Variable ____ |                       |             |                   |
| No. Cuenta de Nómina _____ Banco _____  | Fecha de Ingreso      | Mes: _____  | Día ____ Año ____ |

| INFORMACION FAMILIAR |                     |              |            |                         |
|----------------------|---------------------|--------------|------------|-------------------------|
| CEDULA               | NOMBRES Y APELLIDOS | DEPENDE O NO | PARENTESCO | BENEFICIARIO APORTE Y % |
| _____                | _____               | _____        | _____      | _____                   |
| _____                | _____               | _____        | _____      | _____                   |

| INFORMACIÓN APORTES Y AHORROS   |  |
|---|--|
| Los siguientes son los valores que autorizo a descontar con destino a mi ahorro en el FEVI :  |  |
| Ahorros permanentes y Aportes : (necesario para afiliarse)  | 4% al 10% si devenga salario básico _____ %<br>2.5% al 10% si devenga salario integral _____ % |
| Ahorros a la vista: (Opcional) Desde el 1% del salario básico o integral con tope máximo el valor que esté ahorrando en permanente  | _____ %  |
| Ahorro Paga Variable: (Opcional) Adicional al 4% obligatorio del valor comisionado, se puede ahorrar hasta el 100% del salario variable   | _____ %  |
| CDAT´S: (Opcional) Monto mínimo 1 SMMLV a un tiempo mínimo de 30 días y máximo de 360 prorrogables. Sin redención anticipada. _____   |  |
| <p>Autorizo a la empresa en la que trabajo y que está vinculada al FEVI para descontar de mis salarios, cesantías, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, liquidaciones, indemnizaciones, así como de cualquier otra suma a la que tengan derecho las cuotas tanto de aportes como de servicios arriba señalados. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como cliente de la entidad, a la Asociación Bancaria de Colombia o cualquier otra central de información debidamente constituida. Así mismo autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial por parte del FEVI o de terceros, todo respetando las limitaciones impuestas por las normas legales. Igualmente me comprometo durante la vigencia de la asociación a actualizar la información suministrada en la solicitud o la que registra el FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS, la cual se entiende vigente hasta tanto lo notifique al FONDO DE EMPLEADOS AV VILLAS - FEVI cualquier modificación.</p> |  |
| Nota : Debe adjuntar fotocopia legible del documento de identificación.   | Firma : _____  |

SOLICITUD APERTURA DE PRODUCTO AHORRO PERMANENTE FEVIAHORRITO



| NOMBRE DEL ASOCIADO:  |   | IDENTIFICACION DEL ASOCIADO: |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>INFORMACION DEL FEVIAHORRITO 1</b>   |   |                              |  |
| Documento de Identidad No. _____  | Expedido en _____                               |                              |  |
| Tipo de Documento de identidad: R.C ____ NIUP ____ T.I ____                           | Fecha de Expedición Mes: ____ Día ____ Año ____ |                              |  |
| Apellidos _____   | Nombres _____                                   |                              |  |
| Sexo Masculino ____ Femenino ____   | Fecha de Nacimiento Mes: ____ Día ____ Año ____ |                              |  |
| Ciudad de nacimiento _____  | Departamento _____                              |                              |  |
| Nivel de estudios Jardín ____ Prim ____ Bach ____ Técnico ____ Univers ____ Otro ____ | Profesión _____                                 |                              |  |
| Email personal _____  | Parentesco _____                                |                              |  |
| Dirección Residencia _____  | Barrio _____                                    |                              |  |
| Ciudad de Residencia _____  | Telefono Residencia _____ Celular _____         |                              |  |
| Ahorro Permanente Feviahorrito (obligatorio mínimo \$17.140 mensual) \$ _____         | Ahorro Vista opcional sin límite máximo: _____  |                              |  |

| NOMBRE DEL ASOCIADO:  |   | IDENTIFICACION DEL ASOCIADO: |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>INFORMACION DEL FEVIAHORRITO 2</b>   |   |                              |  |
| Documento de Identidad No. _____  | Expedido en _____                               |                              |  |
| Tipo de Documento de identidad: R.C ____ NIUP ____ T.I ____                           | Fecha de Expedición Mes: ____ Día ____ Año ____ |                              |  |
| Apellidos _____   | Nombres _____                                   |                              |  |
| Sexo Masculino ____ Femenino ____   | Fecha de Nacimiento Mes: ____ Día ____ Año ____ |                              |  |
| Ciudad de nacimiento _____  | Departamento _____                              |                              |  |
| Nivel de estudios Jardín ____ Prim ____ Bach ____ Técnico ____ Univers ____ Otro ____ | Profesión _____                                 |                              |  |
| Email personal _____  | Parentesco _____                                |                              |  |
| Dirección Residencia _____  | Barrio _____                                    |                              |  |
| Ciudad de Residencia _____  | Telefono Residencia _____ Celular _____         |                              |  |
| Ahorro Permanente Feviahorrito (obligatorio mínimo \$17.140 mensual) \$ _____         | Ahorro Vista opcional sin límite máximo: _____  |                              |  |

| NOMBRE DEL ASOCIADO:  |   | IDENTIFICACION DEL ASOCIADO: |  |
|---|---|------------------------------|--|
| <b>INFORMACION DEL FEVIAHORRITO 3</b>   |   |                              |  |
| Documento de Identidad No. _____  | Expedido en _____                               |                              |  |
| Tipo de Documento de identidad: R.C ____ NIUP ____ T.I ____                           | Fecha de Expedición Mes: ____ Día ____ Año ____ |                              |  |
| Apellidos _____   | Nombres _____                                   |                              |  |
| Sexo Masculino ____ Femenino ____   | Fecha de Nacimiento Mes: ____ Día ____ Año ____ |                              |  |
| Ciudad de nacimiento _____  | Departamento _____                              |                              |  |
| Nivel de estudios Jardín ____ Prim ____ Bach ____ Técnico ____ Univers ____ Otro ____ | Profesión _____                                 |                              |  |
| Email personal _____  | Parentesco _____                                |                              |  |
| Dirección Residencia _____  | Barrio _____                                    |                              |  |
| Ciudad de Residencia _____  | Telefono Residencia _____ Celular _____         |                              |  |
| Ahorro Permanente Feviahorrito (obligatorio mínimo \$17.140 mensual) \$ _____         | Ahorro Vista opcional sin límite máximo: _____  |                              |  |