

FONDO DE EMPLEADOS - FONDAL



SOLICITUD DE AFILIACIÓN NO.			EMPRESA USUARIA		
FECHA DE SOLICITUD	DÍA:	MES:	AÑO:	CEDULA	
NOMBRES Y APELLIDOS					
ESTADO CIVIL			NO. DE HIJOS		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			CIUDAD		
TELÉFONO FIJO Y CELULAR			E-MAIL		
AHORRO OBLIGATORIO - CUOTA MES			\$		
AHORRO A LA VISTA – CUOTA MES			\$		
ESTE VALOR NO SERA INFERIOR AL TRES (3%) DEL SALARIO BÁSICO DEL MES Y SERA AJUSTADO POR EXCESO O DEFECTO AL MÚLTIPLO MAYOR (DESCUENTO PROPORCIONAL QUINCENAL y/o MENSUAL)					
ESTE VALOR ES OPCIONAL Y EL MONTO ES DE LIBRE ELECCIÓN					
AUTORIZACIÓN DESCUENTOS DE NOMINA					
<p>Autorizo a Aliados Laborales y me responsabilizo de la firma, para descontar de los salarios, prestaciones e indemnizaciones a que tengo derecho para que en caso de retiro voluntario, terminación de contrato o retiro forzoso del mismo, me sea descontado y pagado directamente al FONDO DE EMPLEADOS DE ALIADOS LABORALES – FONDAL; los saldos a su favor; por los créditos y servicios otorgados a mi nombre ; sobre este efecto declaro suficiente la certificación suministrada por ALIADOS LABORALES. Igualmente autorizo el descuento por nomina de los valores quincenales y/o mensuales por conceptos de créditos y servicios, cuotas ordinarias y extraordinarias que fije la asamblea de Asociados . Autorizo descontar la cuota de solicitud de admisión por una sola vez, correspondiente al 3% de mi Salario el cual será destinado para el sostenimiento del fondo mismo y solo a mi ingreso Y POR UNA ÚNICA VEZ.</p>					
AUTORIZACIÓN REPORTE A CENTRALES DE RIESGO					
<p>Autorizo a ALIADOS LABORALES - FONDAL para que exclusivamente y para fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos, 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 mi correo electrónico registrado en el Fondo, o a través de los representantes de ALIADOS LABORALES.</p>					
AUTORIZACIÓN PAGO DE AUXILIO FAMILIAR					
<p>En caso de mi fallecimiento, autorizo al Fondo de Empleados de ALIADOS LABORALES - FONDAL, a entregar a las siguientes personas los auxilios y saldos a favor a que tenga derecho como asociado del Fondo - (en caso de NO diligenciar , estos auxilios serán entregados a quienes la Ley establezca).</p>					
NOMBRES Y APELLIDOS:			D.I.:		%
NOMBRES Y APELLIDOS:			D.I.:		%
NOMBRES Y APELLIDOS:			D.I.:		%
NOMBRES Y APELLIDOS:			D.I.:		%
CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN A LOS AUXILIOS FUNERARIOS					
<p>Certifico que recibí información sobre los ESTATUTOS - PROCEDIMIENTOS Y REGLAMENTOS DE CRÉDITO y me comprometo a hacer lectura de los mismos.</p>					

FIRMA DEL ASOCIADO _____ C.C. _____ HUELLA

Por favor enviar este documento firmado y/o soporte de consignación por uno de los siguientes medios:

- 1) Diligenciarlo, firmarlo, escanearlo y enviarlo como anexo al correo fondal@aliadoslaborales.com.co
- 2) Entregar en las oficinas de Aliados laborales Transversal 21 No. 87-22 Barrio el Polo.
- 3) Entregar en la oficina de Recursos Humanos de su empresa



Solicitud recibida sin firma y huella del solicitante, se entenderá como no presentada.

Carrera 21 No. 87-22 – PBX – 7498332 7498333 - 7498334 - fondal@aliadoslaborales.com.co - www.aliadoslaborales.com.co – BOGOTÁ D.C.