

SOLICITUD:

Fondo de Empleados de Idipron

- AFILIACION
- INCREMENTO DE AHORROS Y APORTES
- REINGRESO
- DISMINUCION AHORROS Y APORTES

ACTUALIZACION DATOS

“FONIDIPRON”



FECHA: D M A

DATOS PERSONALES

Nombres:		Apellidos:	
N° Identificación:	Lugar de Expedición	Estado Civil	EPS
Fecha de Nacimiento	Lugar:	Mujer Cabeza de Familia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Dirección de Residencia	propia <input type="checkbox"/> arrendada <input type="checkbox"/>	Ciudad	Barrio
Correo Electrónico	Teléfono	Celular	Estrato
¿Es afiliado a otro Fondo de Empleados o Cooperativa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál?	

ACTIVOS

Bienes Raíces	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Bien	Dirección y Ciudad	Valor Hipoteca	Valor Comercial	
Vehículo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Bien	Modelo y Placa	Pignorado a	Valor deuda	Valor comercial
Otros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de Bien	Detalles			
Pasivo Total	\$	Ingresos Mensuales	\$			
Activo Total	\$	Egresos Mensuales	\$			

EDUCACION

Formal	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>	Especifique	
Educación Solidaria	<input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> special <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Fecha del ultimo curso	Horas de capacitación
Otros			

DATOS PROFESIONALES

Profesión u Oficio	Tipo de Contrato	Unidad	Cargo
--------------------	------------------	--------	-------

REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos	Dirección	Parentesco	Teléfono
Familiar	Nombres y Apellidos	Dirección	Parentesco	Teléfono
Comercial	Nombres y Apellidos	Dirección		Teléfono

AUTORIZACIONES

Autorizo a los beneficiarios relacionados a continuación para que ante **FONIDIPRON**, realicen reclamaciones pertinentes de saldos que resulten a mi favor en caso de muerte, Según el estatuto y/o reglamentos que rijan a **FONIDIPRON** en su momento

Nombres y Apellidos	Identificación	Parentesco	%
Nombres y Apellidos	Identificación	Parentesco	%
Nombres y Apellidos	Identificación	Parentesco	%
Nombres y Apellidos	Identificación	Parentesco	%

Autorizo a FONIDIPRON para realizar el descuento mensual del salario cancelado por parte de IDIPRON por concepto de ahorros y aportes, en un 5% 6% 7% 8% 9% 10%



AHORROS	APORTES	TOTAL
\$	\$	\$

Estos valores serán ajustados automáticamente cuando realicen el incremento salarial en IDIPRON.

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS, AUTORIZACION PARA LA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

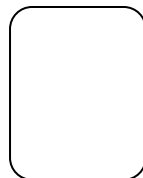
Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por el estatuto orgánico del sistema Financiero, la ley 190 de 1995 y demás normas legales aplicables a la apertura y manejo de cualquier tipo de depósitos. Así como a la obtención de crédito en cualquiera de sus modalidades, obrando en mi propio nombre de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y declaro que los fondos depositados en FONIDIPRON proviene de actividades totalmente lícitas. En consecuencia manifiesto:

1. Los recursos que entrego y entregaré en depósitos provienen de las siguientes fuentes (diligenciar detallando ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____
2. Los recursos que entrego y entregaré en depósitos o para cancelar obligaciones a mi nombre, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el *Código Penal Colombiano* o en cualquier otra norma.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas o cancelen obligaciones a mi nombre, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente ilícitas de las contempladas en el *Código Penal Colombiano* o en cualquier otra norma, ni efectuaré transacción alguna destinada a tales actividades o en favor de personas aparentemente o efectivamente relacionadas con las mismas
4. Autorizo a **FONIDIPRON** para que con fines estadísticos de información comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros, reporte, procese, consulte y divulgue a la CIFIN o a cualquier entidad que maneje base de datos afines, todo lo relativo a mis transacciones financieras. Dicha autorización permanecerá vigente hasta la extinción de todas las obligaciones a mi cargo de ello durante el plazo máximo que para efecto autorizan la ley o la jurisprudencia. "Ley 1266 de 2008, constituye una regulación parcial de este derecho, concentrada en las reglas para la administración de datos personales de carácter financiero, comercial, de servicios y proveniente de terceros países, destinada al cálculo del riesgo crediticio"

Autorizo todas las transferencias a la cuenta N° _____ AH CTE Banco _____

En constancia de haber leído en su totalidad este documento, comprendido y aceptando sus alcances firmo a los ____ días del mes de _____ del 20 _____ en la ciudad de _____

FIRMA DEL SOLICITANTE



NOMBRE:
N° C.C

HUELLA INDICE DERECHO

JUNTA DIRECTIVA

Aprobada Negada Aplazada

Acta N°

Fecha:

Observaciones

PRESIDENTE

SECRETARIO

Anexar fotocopia de cedula ampliada al 150%, igualmente copia del ultimo desprendible de pago y/o copia del contrato