

Fondo de Empleados de la Caja de Compensación Familiar Huila
COMFAHUILA LTDA

VINCULACION No. _____ Neiva, _____

Admisión _____ Readmisión _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y apellidos _____

Cedula de ciudadanía No. _____ Fecha y lugar de expedición _____

Sexo F ___ M ___ Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Estado civil _____ Estudios _____ Titulo Obtenido _____

Dirección Residencia _____ Barrio _____ tipo vivienda _____

Estrato ___ Ciudad _____ Celular _____ No. Fijo _____

Email _____ Área de trabajo: _____

Cargo desempeñado _____ Dirección de trabajo _____

Teléfono oficina _____ Extensión _____ Ciudad _____

Tipo de contrato:

Indefinido: Fecha inicial

--	--	--

Fijo: Fecha Inicial

--	--	--

Día mes año Fecha Terminación

--	--	--

Día mes año

Declaro que es mi voluntad y de acuerdo con lo dispuesto en la ley y Estatutos de Comfahuila Ltda.; que en caso de Fallecimiento, el Total de mis aportes sociales, auxilios y seguros que en este momento tenga en el Fondo de Empleados sean entregados a mis beneficiarios en los porcentajes por mí estipulados.

INFORMACION BENEFICIARIOS				
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTE SCO	%	FECHA NACIMIENT

TIENE PREVISION EXEQUIAL SI _____ NO _____

Aceptada mi solicitud de admisión o readmisión como Asociado del Fondo Comfahuila Ltda. Para que de mi sueldo, efectué los descuentos abajo señalados con los ajustes que de determinen.

CUOTA DE ADMISIÓN **\$35.000**
Se cobra una sola vez, no es reembolsable y corresponde al 4% del SMMLV

AHORROS Y APORTES SOCIALES MENSUALES _____% \$ _____

El Ahorro y aporte mínimo mensual es de 4% y el Máximo es de 10%.del valor de su sueldo básico.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí esta consignado es cierto, realizo la siguiente **declaración de Origen de Fondos a Comfahuila Ltda.**, con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado en la circular básica Jurídica No 007/2003; expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, la Ley 190 de 1993 " Estatuto Anticorrupción" y demás normas concordante para la realización de cualquier operación con **Comfahuila Ltda.**

1. Los Aportes que entrego como aportes sociales , provienen de las siguientes fuentes:

2. Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los () días del mes () del año () en la ciudad de _____

Por la presente solicito mi ADMISIÓN o READMISIÓN como Asociado Pleno de COMFAHUILA LTDA y acepto y me acojo a su Estatuto, los reglamentos y demás normas que la rigen. Así mismo certifico que los datos contenidos en el presente son correctos y ceñidos a la realidad.

Firma del solicitante

CC #
Firma para control de sus transacciones en COMFAHUILA

PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS COMFAHUILA LTDA

APROBACIÓN: la Junta Directiva en uso de las Disposiciones legales, Estatutarias y reglamentarias, aprueba su Ingreso o readmisión como ASOCIADO pleno de COMFAHUILA TLDA

Acta No.

Día Mes Año

Vo. Bo.

Presidente Junta Directiva

Última actualización: Junio 18 de 2015 Acta 06/2015