

# Solicitud de Información

Inscripción  Actualiza datos  Reingreso

Agradecemos diligenciar todos los campos de este formato en letra legible

FECHA:  DÍA  MES  AÑO

## INFORMACIÓN PERSONAL

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		TIPO DE DOCUMENTO T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		FECHA DE EXPEDICIÓN	
CODIGO	APELLIDO 1		APELLIDO 2		
NOMBRE (S)					
FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	LUGAR DE NACIMIENTO
GÉNERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		EDAD			
<b>INFORMACIÓN FAMILIAR</b>					
ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> U.LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>					
No. DE HIJOS		PERSONAS A CARGO		SI ES MUJER CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> SI	
DIRECCIÓN RESIDENCIA (Incluir nombre del edificio, bloque y apto.)				TELÉFONO RESIDENCIA	
BARRIO			MUNICIPIO - DEPARTAMENTO		
E-MAIL PERSONAL					
NOMBRE DE UN FAMILIAR (Que no viva con usted)				TELÉFONO (Familiar)	

## BENEFICIARIOS:

En caso de fallecimiento delego como beneficiario del saldo neto de mis aportes, ahorros y cualquier otro producto de captación a las siguientes personas:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL BENEFICIARIO	NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	% B.A. Beneficiario de Ahorro	FECHA DE NACIMIENTO		
					DÍA	MES	AÑO

GRADO DE ESCOLARIDAD  
NINGUNO  PRIMARIA  BACHILLER   
UNIVERSITARIO  TÉCNICO  TECNÓLOGO   
ESPECIALIZACIÓN  MAESTRÍA  PHD

¿CUÁL PROFESIÓN? \_\_\_\_\_

HOBBIES ¿ Cuáles son las 5 actividades que más disfruta realizar?  
BAILAR  DEPORTE  LECTURA   
MÚSICA  PINTURA  OTRO  CUÁL? \_\_\_\_\_

EMPRESA \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO  
DÍA  MES  AÑO

DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO (Oficina) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

TIPO DE SALARIO  
INTEGRAL  VALOR MES  
BÁSICO  \$ \_\_\_\_\_

ACTIVOS  
POSEE SI NO TIPO  
VIVIENDA   \_\_\_\_\_  
VEHÍCULO   MARCA Y MODELO \_\_\_\_\_  
OTRA CLASE DE INGRESOS   ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

CELULAR \_\_\_\_\_ ENTIDAD BANCARIA \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CUENTA \_\_\_\_\_ AHORROS   
CORRIENTE

E-MAIL OFICINA \_\_\_\_\_

## DEDUCCIONES AUTORIZADAS

CUOTA OBLIGATORIA: Entre el 3% y el 10% del salario básico del empleado.  
(Valor a elección del asociado).

\$ VALOR MES \_\_\_\_\_

Al solicitar mi ingreso como asociado(a) al Fondo de Empleados de Panalpina S.A. FEMPA, acepto los estatutos, reglamentos y demás normas que lo rigen.

## AUTORIZACIONES:

Autorizo expresamente e irrevocablemente al pagador de \_\_\_\_\_

para descontar de mi salario el valor de la cuota de afiliación a FEMPA, cuotas para aportes, créditos y otros, con el mismo fondo.

Autorizo a FEMPA, en caso de mi retiro del Fondo de Empleados o de la Compañía para que automáticamente abone al saldo de mi obligación con la entidad la totalidad de mis ahorros con con la misma.

FIRMA

CEDULA