



FONDO DE EMPLEADOS DEL ITM – “FEITM”

SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE APORTES

Señores
Fondo de empleados del ITM – “FEITM”

Yo, _____, con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto mi deseo de pertenecer al Fondo de Empleados y por tanto me acojo a los estatutos y reglamentos del mismo. Para tal efecto, autorizo a la Dirección Administrativa y Financiera del **Instituto Tecnológico Metropolitano – ITM** para que de mi sueldo o pensión, se efectúen con destino al **Fondo de Empleados del ITM – FEITM**, las retenciones correspondientes a la(s) cuota(s) de afiliación, de aportes ordinarios (permanentes) y ahorros voluntarios establecidos en sus estatutos.

Adicionalmente manifiesto, que en caso de muerte, los aportes y ahorros que hubiese realizado durante mi permanencia en el Fondo sean entregados a las personas en orden sucesivo en que se relacionan en el presente documento, dado el fallecimiento de una de ellas:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Nivel de Estudios	Fecha de nacimiento			Edad	Documento de Identidad			Beneficiarios (%)
			D	M	A		R.C.	T.I.	C.C.	

Certifico que toda la información aquí registrada, es verdadera y puede ser verificada sin restricción alguna.

NOTA: SOLO SE RECONOCERÁN LOS SERVICIOS, CUANDO LA INFORMACIÓN HAYA SIDO REGISTRADA EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

- NUEVO
 REINGRESO
 SUSTITUCIÓN

FIRMA DEL ASOCIADO

HUELLA



FONDO DE EMPLEADOS DEL ITM – “FEITM”

INFORMACIÓN GENERAL DEL ASOCIADO

APELLIDOS			NOMBRES				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				
DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EXPEDIDA EN		SEXO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	ANTIGÜEDAD ITM (Meses)				
DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			BARRIO	ESTRATO			
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>			
CIUDAD			DEPARTAMENTO				
<input type="text"/>			<input type="text"/>				
TELÉFONO 1		TELÉFONO 2	TELÉFONO OFICINA	CELULAR			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
E-MAIL			ESTADO CIVIL				
<input type="text"/>			SOLTERO	CASADO	VIUDO	SEPARADO	U. LIBRE
FECHA DE INGRESO AL ITM		CARGO ACTUAL		DEPARTAMENTO			
DÍA	MES	AÑO	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
SEDE			TIPO DE ASOCIADO				
<input type="text"/>			ACTIVO	PENSIONADO			
SALARIO MENSUAL		CUOTA DE APOORTE	TIPO DE SALARIO				
\$ <input type="text"/>		Tres por ciento (3%)	<input type="text"/>				
No. Cuenta donde consigna el ITM		BANCO	TIPO DE CUENTA	SUCURSAL			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
NIVEL ACADÉMICO	PROFESIÓN		ACTIVIDAD ECONÓMICA COMPLEMENTARIA				
<input type="text"/>	<input type="text"/>		MICROEMPRESA	NEGOCIO	COMERCIAL		
No. DE PERSONAS ACARGO		AFICIÓN O PASATIEMPO	ENVIO DE CORRESPONDENCIA				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	RESIDENCIA	A.A	OTRA		
VIVIENDA			VEHÍCULO				
TIPO	PROPIA	ARRIENDO	SI	NO	PUBLICO	PARTICULAR	TIPO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL			FIRMA DEL ASOCIADO			HUELLA	
<input type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN			<input type="text"/>			<input type="text"/>	