



FONDO DE EMPLEADOS DE SUPERTIENDAS Y DROGUERÍAS OLÍMPICA S.A.
"F E S O L"

FORMULARIO APERTURA O NOVEDAD DE AHORRO

TIPO DE NOVEDAD

APERTURA	<input type="checkbox"/>
AUMENTO	<input type="checkbox"/>
DISMINUCIÓN	<input type="checkbox"/>

LÍNEA DE AHORRO

VOLUNTARIO	<input type="checkbox"/>
AHORRITO	<input type="checkbox"/>
PROGRAMADO	<input type="checkbox"/>
PERMANENTE	<input type="checkbox"/>

FORMA DE PAGO

NÓMINA	<input type="checkbox"/>
CAJA	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: _____ Sexo: M ___ F ___
Cédula de Ciudadanía: _____ de _____
Fecha de Nacimiento: AAAA ___ MM ___ DD ___ Estado civil: Sol ___ Cas ___ UnLib ___ Div ___ Viu ___
Dirección: _____ Barrio: _____ Ciudad: _____
Estrato: ___ Tel. fijo: _____ Cel.: _____ email: _____
Empresa: _____ Cód. Neg.: _____ F. ingreso: AAAA ___ MM ___ DD ___
Cargo: _____ Salario: _____ Escolaridad: _____

DATOS FAMILIARES

Nombres y Apellidos del Cónyuge	Escolaridad	Ocupación	F. Nacimiento aaaa mm dd
_____	_____	_____	_____

Nombres y Apellidos de los hijos	Escolaridad	Ocupación	F. Nacimiento aaaa mm dd
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DATOS GENERALES

¿Vive en casa propia? SI ___ NO ___ ¿Tiene carro? SI ___ NO ___
AUTORIZO DESCONTAR: _____ Valor Quincenal de \$ _____

BENEFICIARIOS

C.C. _____

C.C. _____

Conozco y acepto el estatuto y los reglamentos vigentes para prestación de servicios, por lo tanto autorizo al fondo para que por conducto de la empresa me deduzca o compense de mi salario las cuotas de afiliación.

Firma _____
C.C. _____

Vo. Bo. Gerente _____
Fecha _____