

CIUDAD			
FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AA

**FONDO DE EMPLEADOS DE TELEFONICA  
COLOMBIA - FECEL**

FORMATO DE AFILIACION  
No 000001

**INFORMACION GENERAL**

TIPO DE DOCUMENTO	T.I <input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/>	No.	EXP. EN	F. EXP	DD	MM	AA
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES				
SEXO	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AA	LUGAR DE NACIMIENTO	EST. CIVIL:
Dir. Residencial		Ciudad		Tel. residencia		No. Celular	
ESTRATO	MADRE CABEZA DE FAMILIA	CORREO ELECTRONICO 1					
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRONICO 2					

**INFORMACION LABORAL**

EMPRESA	FECHA DE INGRESO	DEPENDENCIA	CARGO
	DD	MM	AA
CIUDAD	DIR. OFICINA		TEL. OFICINA
			EXT

**INFORMACION ACADEMICA**

<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Universitario	Cual _____	<input type="checkbox"/> Maestria	Cual _____
<input type="checkbox"/> Tecnologo	Cual _____	<input type="checkbox"/> Especializacion	Cual _____	<input type="checkbox"/> Otro
		Cual _____		Cual _____

**INFORMACION ECONOMICA**

TIPO DE CUENTA	AHORROS <input type="checkbox"/>	CORRIENTE <input type="checkbox"/>	BANCO	No _____
VIVIENDA	CASA <input type="checkbox"/>	APARTAMENTO <input type="checkbox"/>	TIPO	PROPIA <input type="checkbox"/>
				ARRENDADA <input type="checkbox"/>
				FAMILIAR <input type="checkbox"/>
				OTRO <input type="checkbox"/>
				CUAL _____
VEHICULO	Carro <input type="checkbox"/>	Moto <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	PLACA _____
				MODELO _____
				MARCA _____
				POLIZA
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
				PRENDA A FAVOR DE:

**INFORMACION CONYUGE**

NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	DD
		MM
		AA
PROFESION	EMPRESA DONDE LABORA	CARGO

\* NIVEL DE ESTUDIO: Primaria (P)- Bachiller (B) - Tecnico (T) - Tecnologo (TG) - Universitario (U) - Otro (O)

**BENEFICIARIOS**

IDENTIFICACION	NOMBRE	SEXO *	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	%**	NIVEL DE ESTUDIO*
				DD	MM	AA
				DD	MM	AA
				DD	MM	AA
				DD	MM	AA
				DD	MM	AA
				DD	MM	AA

\*SEXO: Masculino (M)- Femenino (F). \*\* % La division de los ahorros en caso de fallecimiento.

YO.....Identificado con C.C. ....  
 Expedida en..... AUTORIZO al PAGADOR de..... Para que en los términos del Literal a) del Numeral 1o., del Artículo 59, del Numeral 1o., del Artículo 149, de los Artículos 150 y 152 del C.S.T., y para los efectos de los Artículos 16 y 55 del Decreto Ley 1481 de 1989, sea retenido, descontado y entregado a FECEL del salario mensual que devengo por valor de \$.....: 1) la suma que corresponda al ..... % [aporte obligatorio mínimo el 3 % y máximo el 10 %] mes a mes; 2) Las sumas de dinero que en cualquier tiempo y por cualquier concepto adeude a FECEL. 3) Autorizo al Pagador para que en caso de mi retiro de FECEL o de la Compañía por cualquier motivo, se me descuenta de las prestaciones sociales que pudieren corresponderme las sumas de dinero que en cualquier tiempo y por cualquier concepto adeude a FECEL: 4) Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE TELEFONICA COLOMBIA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo.

\_\_\_\_\_

FIRMA

HUELLA

**ESPACIO EXCLUSIVO FECEL**

RECIBIDO \_\_\_\_\_

PROCESADO \_\_\_\_\_