



**FONDO NACIONAL DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD LIBRE**  
**"FONULIBRE"**

NIT. 830.126.810-2

FOTO PARA EL  
CARNÉT

Ofrecemos disculpas por la incomodidad que pueda causar la información solicitada, pero es un requerimiento de la SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA SOLIDARIA

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN**

**DATOS PERSONALES**

APELLIDOS Y NOMBRES \_\_\_\_\_  
 IDENTIFICACION C.C.  C.E.  N°. \_\_\_\_\_ EXPEDIDA EN: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ CABEZA DE FAMILIA SI - NO ESTRATO \_\_\_\_\_  
 DIRECCION RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_  
 TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**FORMACIÓN ACADEMICA**

Primaria \_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_ Tecnólogo \_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_  
 Formación en: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA EMPRESA**

SECCIONAL \_\_\_\_\_ FACULTAD \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: EMPLEADO \_\_\_\_\_ PENSIONADO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE INGRESO: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_ JORNADA LABORAL \_\_\_\_\_  
 TIPO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO FIJO  INDEFINIDO  CARGO \_\_\_\_\_  
 MODALIDAD DOCENTE T.C.  M.T.  CAT.  INV.  J.C.  M.J.

**NIVEL DE INGRESOS**

0 HASTA 1 S.M.L.V \_\_\_\_\_ 1 HASTA 2 S.M.L.V \_\_\_\_\_ 2 HASTA 3 S.M.L.V \_\_\_\_\_  
 3 HASTA 4 S.M.L.V \_\_\_\_\_ 4 HASTA 6 S.M.L.V \_\_\_\_\_ 6 HASTA 8 S.M.L.V \_\_\_\_\_  
 8 HASTA 11 S.M.L.V \_\_\_\_\_ 11 HASTA 17 S.M.L.V \_\_\_\_\_ 17 HASTA 24 S.M.L.V \_\_\_\_\_  
 24 HASTA 48 S.M.L.V \_\_\_\_\_ SUPERIOR A 48 S.M.L.V \_\_\_\_\_ SIN INGRESOS \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO QUINCENAL  MENSUAL   
 SECTOR ECONOMICO: EDUCACIÓN \_\_\_\_\_ VIGILANCIA \_\_\_\_\_ SALUD \_\_\_\_\_  
 ASEO Y MANTENIMIENTO \_\_\_\_\_ OTRAS ACTIVIDADES \_\_\_\_\_  
 FONDO DONDE TIENE CONSIGNADAS LAS CESANTIAS \_\_\_\_\_  
 ENVIO DE CORRESPONDENCIA POR: E-MAIL \_\_\_\_\_ SITIO DE TRABAJO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

**PENSIONADOS**

VALOR DE INGRESOS MENSUALES \_\_\_\_\_ ENTIDAD PAGADORA DE LA PENSION \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS**

En caso de fallecimiento autorizo expresamente para que mis aportes se distribuyan a las personas y en los porcentajes que a continuación manifiesto

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	%
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____

**AUTORIZACION PARA DESCUENTO**

Autorizo a la Universidad Libre para que, con destino al Fondo Nacional de Empleados de la Universidad Libre, se descuenten de mi salario los valores correspondientes a:

CUOTA DE AFILIACION \$ \_\_\_\_\_ PESOS en la (s) fecha(s) \_\_\_\_\_

APORTES SOCIALES \$ \_\_\_\_\_ PESOS a partir del mes de \_\_\_\_\_ suma  
 Que se incrementara de acuerdo con el alza del salario mínimo. Este descuento será mensual y hasta nueva orden.

**NOTA: los aportes oscilan entre un mínimo de tres (3) y un máximo de (10) salarios mínimos diarios legales vigentes**

FIRMA \_\_\_\_\_ C.C. N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
 CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA : DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**ACEPTADO JUNTA DIRECTIVA** SI  NO

FECHA DE ACEPTACIÓN: DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# FONDO NACIONAL DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD LIBRE

“FONULIBRE”

NIT. 830.126.810-2

## ESTA INFORMACIÓN NOS INTERESA

1. Practica alguno de estos deportes: Fútbol  Básquetbol   
Voleibol  Tenis de mesa   
Ajedrez  Bolos   
Otro  Cual
2. Pertenece a otro fondo, cooperativa o entidad similar: SI  NO
- 3.Cuál? \_\_\_\_\_
4. Con relación a actividades que se puedan programar, que sugerencias tiene:

---

---

---

---

---

---

*Señor asociado: Siempre pensando en su beneficio y el de su familia, si puede prestar algún servicio u ofrecer algún producto con descuento para los asociados, lo puede hacer presentando, una propuesta la cual estudiará la Junta Directiva. De esta manera, todos seríamos beneficiados.*