



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

APPELLIDOS	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: _____

