



FONDO DE EMPLEADOS DEL INCI -FEINCI-
NIT 860.402.684-3

SOLICITUD DE INGRESO

FECHA _____ COD. ASIGNADO _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO: _____
IDENTIFICACION CC. CE OTRO No. _____
EXPEDIDA EN _____ FECHA DE EXPEDICION _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____
SEXO MASCULINO FEMENINO
ESTADO CIVIL CASADO SOLTERO VIUDO DIVORCIADO OTRO
PERSONAS A CARGO SI NO No. _____
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ARRENDADA FAMILIAR
DIRECCION DE RESIDENCIA _____ ESTRATO _____
TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____ EMAIL _____
ESTA AFILIADO A OTRA ENTIDAD DEL SECTOR SOLIDARIO: SI NO CUAL _____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE COMPLETO DEL CONYUGE _____
IDENTIFICACION CC. CE OTRO No. _____
EXPEDIDA EN _____ FECHA DE EXPEDICION _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO _____
ACTIVIDAD EMPLEADO INDEPENDIENT PENSIONADO
EMPRESA DONDE TRABAJA: _____
DIRECCION _____ TELEFONO FIJO: _____ CELULAR: _____
NOMBRE Y APELLIDOS DE LOS HIJOS _____ EDAD _____

NIVEL ACADEMICO DEL SOLICITANTE

PRIMARIA BACHILLERATO TECNICO UNIVERSITARIOS POSGRADOS
OTROS CUAL _____
TIENE CAPACITACION COOPERATIVA SI NO No. De HORAS _____
ANEXA CERTIFICACION SI NO

ACTIVIDAD PRINCIPAL DEL SOLICITANTE

EMPLEADO PENSIONADO INDEPENDIENTE CONTRATISTA
(PARA EMPLEADOS Y PENSIONADOS) - Anexar Certificación Laboral
NOMBRE DE LA EMPRESA _____
DIRECCION _____ TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____
TIPO DE CONTRATO _____ FECHA DE INGRESO _____
INGRESO BASICO : _____ TIEMPO DE SERVICIO _____
(PARA INDEPENDIENTES) (Anexar soportes)
ENTIDAD: _____ ANTIGÜEDAD _____
DIRECCION _____ TELEFONO FIJO _____

BENEFICIARIO

NOMBRE COMPLETO: _____
IDENTIFICACION CC. CE OTRO CUAL _____
EXPEDIDA EN _____ FECHA DE EXPEDICION _____

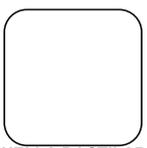
REFERENCIAS

FAMILIARES	PERSONALES
NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO _____ VERIF: SI NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO _____ VERIF: SI NO <input type="checkbox"/>
DIRECCION: _____ TELEFONO FIJO: _____ CELULAR _____	DIRECCION: _____ TELEFONO FIJO: _____ CELULAR _____
NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO _____ VERIF: SI NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE COMPLETO: _____ PARENTESCO _____ VERIF: SI NO <input type="checkbox"/>
DIRECCION: _____ TELEFONO FIJO: _____ CELULAR _____	DIRECCION: _____ TELEFONO FIJO: _____ CELULAR _____

AUTORIZACIONES

ME COMPROMETO CON FEINCI A CANCELAR LA SUMA EQUIVALENTE AL 3% DE UN SMMLV, POR UNICA VEZ AL MOMENTO DE FIRMAR ESTA SOLICITUD.
IGUALMENTE ME COMPROMETO A APORTAR DE MANERA MENSUAL QUINCENAL LA SUMA DE (\$ _____) LOS CUALES CANCELARE POR
NOMINA CONSIGNACION

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS SON VERDADEROS. ME COMPROMETO A ACTUALIZAR LA INFORMACION AQUÍ SEÑALADA UNA VEZ AL AÑO. AUTORIZO AL FONDO DE EMPLEADOS DEL INCI -FEINCI- O A QUIEN REPRESENTA SUS DERECHOS U OSTENTE EN EL FUTURO LA CALIDAD DE ACREEDOR A CONSULTAR, REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR Y DIVULGAR A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA, TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MI COMPORTAMIENTO COMERCIAL. LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES SE REFLEJARAN EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS, EN DONDE SE CONSIGNAN DE MANERA COMPLETA, TODOS LOS DATOS REFERENTES A MI ACTUAL Y PASADO COMPORTAMIENTO FRENTE AL SECTOR FINANCIERO Y EN GENERAL FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____
HUELLA DACTILAR 
FECHA: _____
APROBACION
FIRMA _____