



Fondo de Empleados para la Cooperación y el Servicio

PBX: 3705008 Cra. 34 N° 5-68 www.coomservi.com.co

SOLICITUD DE CONSTITUCIÓN DE AHORRO

CIUDAD	FECHA DD MM AAAA
--------	---------------------

N°

DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS:		C.C.	
ESTADO CIVIL:	SOLTERO <input type="radio"/>	UNIÓN LIBRE <input type="radio"/>	CASADO <input type="radio"/>
		SEPARADO <input type="radio"/>	VIUDO <input type="radio"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		TELÉFONO:	CELULAR:
CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	CORREO PERSONAL:	

INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA DONDE LABORA:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	EXT:
CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	EMPRESA QUE LO CONTRATO:	

INFORMACIÓN DEL AHORRO A CONSTITUIR

1. TIPO DE AHORRO A CONSTITUIR			
AHORRO PROGRAMADO (Diligencia numeral 2) <input type="checkbox"/>		AFC (Diligencia numeral 3) <input type="checkbox"/>	
AHORRO A TÉRMINO CDAT (Diligencia numeral 4) <input type="checkbox"/>		AHORRO A LA VISTA (Diligencia numeral 5) <input type="checkbox"/>	
2. AHORRO PROGRAMADO: VACACIONAL <input type="checkbox"/> EDUCACIÓN <input type="checkbox"/> CUMPLEAÑOS <input type="checkbox"/> MI FONDITO <input type="checkbox"/> Nombre Hijo _____			
PERIODO DE AHORRO		FORMA DE PAGO	
A PARTIR DE: DD MM AAAA		DTO. NÓMINA	
HASTA: DD MM AAAA		CAJA <input type="checkbox"/>	
		QUINCENAL \$ _____	
		MENSUAL \$ _____	
		VALOR EN LETRAS	
3. AFC - AHORRO PARA EL FOMENTO A LA CONSTRUCCIÓN:			
PERIODO DE AHORRO		FORMA DE PAGO	
A PARTIR DE: DD MM AAAA		TRASLADO <input type="checkbox"/>	
HASTA: DD MM AAAA		DTO. NÓMINA <input type="checkbox"/>	
		CAJA <input type="checkbox"/>	
		QUINCENAL \$ _____	
		MENSUAL \$ _____	
		VALOR EN LETRAS	
- Si es traslado anexe a este formato el certificado de control de antigüedad de la entidad anterior. - Declaro que conozco los requisitos y condiciones del ahorro AFC			
4. AHORRO A TÉRMINO - CDAT:			
VALOR CDAT. \$		VALOR EN LETRAS	
FORMA DE APERTURA: EFECTIVO <input type="checkbox"/> CONSIGNACIÓN <input type="checkbox"/> BANCO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
FECHA: DD MM AAAA			
TIEMPO DE CDAT:		FECHA DE CANCELACIÓN: DD MM AAAA	
		PAGO INTERÉS: VENCIMIENTO <input type="checkbox"/> LIQUIDACIÓN MENSUAL <input type="checkbox"/>	
FORMA DE PAGO: CHEQUE <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/> Cuenta N°.			
Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Banco CUENTA PROPIA ___ CUENTA TERCERO ___			
A NOMBRE DE :		CÉDULA No.	
Nota: Si la cuenta corresponde a un tercero por favor anexar a su solicitud los siguientes documentos: Carta de autorización autenticada y certificación bancaria de la cuenta a la que se debe realizar el desembolso.			
5. AHORRO A LA VISTA:			
PERIODO DE AHORRO		ABONO A CUENTA	
A PARTIR DE: DD MM AAAA		CAJA <input type="checkbox"/>	
		TRANSFERENCIA <input type="checkbox"/>	
		QUINCENAL \$ _____	
		MENSUAL \$ _____	
		VALOR EN LETRAS	

AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

Autorizo al departamento de nómina de _____, para que descuente periódicamente de los derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera al Fondo de Empleados COOMSERVI las sumas indicadas correspondientes a la modalidad determinada, excepto el Ahorro a Término. En el evento de no verificarse el descuento acá autorizado me obligo a realizar oportunamente los pagos de dichos depósitos en la Oficina de COOMSERVI, mediante consignación bancaria en los términos que tenga dispuestos el fondo de empleados. Me comprometo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias del Fondo, las cuales declaro conocer, así como los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia.

En mi calidad de titular de la información, autorizo a COOMSERVI para que mis datos personales y/o sensibles sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos de acuerdo a la Ley 1581 del 2012, para el desarrollo de su objeto social y de la relación solidaria y contractual que nos vincula.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Declaro que los recursos depositados provienen de las siguientes fuentes _____ y que no fueron obtenidos de ninguna actividad ilícita.

En constancia de haber diligenciado, entendido y aceptado la información, firmo este documento.

_____ Firma Solicitante	 Huella
----------------------------	---

Recibido en COOMSERVI por: DD / MM / AAAA Fecha _____ Nombre y Apellido	Digitado en COOMSERVI por: DD / MM / AAAA Fecha _____ Nombre y Apellido	Archivo COOMSERVI: DD / MM / AAAA Fecha _____ Nombre y Apellido
--	--	--