

SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS _____

SEXO : F ___ M ___

C.C No _____ Expedida en: _____

Fecha de Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___ Lugar: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Estrato; 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___

Estado Civil : Soltero ___ Casado ___ Unión Libre ___ Separado ___ Viudo ___

Nombre Compañero (a) : _____

Número de Hijos : _____ Sexo Fecha de Nacimiento

Nombres de los Hijos: _____ Día Mes

Año	Sexo	Fecha de Nacimiento
		Día Mes
* _____	F ___ M ___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* _____	F ___ M ___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* _____	F ___ M ___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* _____	F ___ M ___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
* _____	F ___ M ___	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Nivel de Escolaridad:

Nivel de Ingresos en SMLMV: (Salario Mínimo Legal Mensual Vigente año 2009 \$ 496.900)

PRIMARIA	<input type="checkbox"/>
BACHILLERATO	<input type="checkbox"/>
TECNICO	<input type="checkbox"/>
TECNOLOGICO	<input type="checkbox"/>
UNIVERSITARIO	<input type="checkbox"/>
ESPECIALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>
MAESTRIA	<input type="checkbox"/>
DOCTORADO	<input type="checkbox"/>
POSTDOCTORADO	<input type="checkbox"/>

MAYOR A 0 HASTA 1	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 1 HASTA 2	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 2 HASTA 3	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 3 HASTA 4	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 4 HASTA 6	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 6 HASTA 8	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 8 HASTA 11	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 11 HASTA 17	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 17 HASTA 24	<input type="checkbox"/>
MAYOR A 24 HASTA 48	<input type="checkbox"/>
SUPERIOR A 48	<input type="checkbox"/>

DATOS LABORALES

Empresa donde Labora _____

Dependencia o Almacén : _____

Cargo : _____

Correo Electrónico : _____

fecha de ingreso a la Empresa : Día ___ Mes ___ Año ___

Por medio de este formulario autorizo a la entidad vinculada para que me sea descontado del

sueldo que me corresponde como trabajador de la misma, la suma equivalente al ____ % (4% al 10 %) como aporte para el Fondo de Empleados. Valor que deberá ser entregado a **FODEM-PD**, por el tiempo que mantenga la condición de asociado. Igualmente autorizo para que me sean descontados los saldos pendientes en caso de mi retiro de **FODEM-PD** o de la Empresa por la cual me he podido afiliar.

Firma

Cedula No