



FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATLANTICO

"FONVIMA"

NIT. 900.940.343 – 9

Calle 44 No. 36 – 95 Tels. 3414534 – 3049423 - 3049424

Email. Fonvima_atlantico@hotmail.com

Web. www.fonvima.com

Barranquilla – Atlántico

SOLICITUD DE AFILIACION

FECHA

DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDOS		NOMBRES	
C.C.		DE	FECHA DE EXP:
CÓDIGO		CORREO ELECTRONICO	
EMPRESA		LUGAR DE TRABAJO	
CARGO:		SUELDO:	
TIEMPO DE SERV.		DIRECCIÓN RESIDENCIA	
TEL. RESIDENCIA		MUNICIPIO	
FECHA DE NAC :		LUGAR DE NACIMIENTO:	
ESTRATO SOCIO ECONOMICO:		GENERO:	M () F ()
NIVEL DE ESTUDIO:	BACHILLER() TECNICO () UNIV ()	ESTADO CIVIL:	

NOMBRE

FIRMA _____

C.C.

USO EXCLUSIVO FONVIMA

CONFIRMADO POR			
MES DE DESCUENTO:		AÑO:	
FECHA DE INGRESO:		FECHA DE RETIRO:	



**FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS
DEL MAGISTERIO ATLANTICO**
NIT 900.940.343-9



Al Servicio del Magisterio del Atlántico

Calle 44 No. 36-95 * Tels.: 3414534 - 3049424 - 3049423
E-mail: fonvima_atlantico@hotmail.com
www.fonvima.com
Barranquilla - Colombia

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR APORTES

Yo _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____ en mi calidad de asociado del **FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS DEL MAGISTERIO DEL ATLÁNTICO** con NIT No. 900.940.343-9, me permito autorizar que de mi Sueldo como Empleado del Magisterio del Atlántico dependiente de la Secretaria de Educación _____, me sea descontado el 1% de mi Sueldo de conformidad con lo establecido en los estatutos de **FONVIMA** y aceptados por mi al momento de la afiliación y/o vinculación.

ESPACIO RESERVADO A FONVIMA

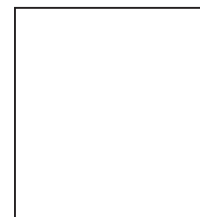
Autorizo que dicho porcentaje o suma de dinero se descuente a partir de la nomina del mes de _____ del año _____

Como constancia y aceptación de lo anterior, suscribo la presente autorización a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma y Huella dactilar

Anexar los siguientes documentos:

1. Último volante de pago
2. Fotocopia de la Cédula
3. Copia Acta de Posesión
4. Copia de Decreto de Nombramiento



Huella