

FORMATO**AFILIACIÓN AL FONDO DE
EMPLEADOS DE LEGRAND**

N° de Identificación _____ de _____

Fecha de Expedición DD / MM / AAFecha de solicitud DD / MM / AA

Apellido(s) _____

Nombre(s) _____

Cargo _____ Sección _____

Fecha de ingreso a Legrand DD / MM / AA

Salario actual _____

Tipo de contrato _____

Estado civil _____ Barrio _____ Estrato _____

Dirección domicilio _____ Teléfono fijo _____

Correo electrónico _____ Teléfono celular _____

Nivel de escolaridad _____

Cabeza de familia ☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento _____

N° Cuenta de Nómina _____

Banco de la cuenta _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido(s) _____ Nombre(s) _____

N° de Identificación _____ de _____

Fecha de nacimiento DD/MM/AA ____ / ____ / ____ Parentesco _____

Valor quincenal _____ Porcentaje a descontar _____

Por medio de la presente solicito a ustedes me sea APROBADA la afiliación al FONDO DE EMPLEADOS que ustedes dirigen y del cual me doy por informado y acepto lo establecido en los estatutos y reglamentos que lo rijan.

ARTÍCULO 13: Para ser admitido como asociado se debe cumplir los siguientes requisitos:

4) Donar por una sola vez una suma equivalente al cinco por ciento (5%) del salario mínimo mensual vigente (\$58.000), con destino al Fondo de Solidaridad, donación que en ningún caso y para ningún efecto hará parte del Patrimonio y no será reembolsable.

La donación será cancelada en su totalidad al momento de ser aceptado como asociado, por descuento de nómina, previa aceptación.

ARTICULO 33: Compromiso Económico de los Asociados. Todas las personas asociadas a FONLEGRAND que devenguen menos de 10 salarios mínimos legales vigentes, aportarán una suma periódica obligatoria equivalente como mínimo al tres por ciento (3%) y no superior al diez por ciento (10%) del ingreso salarial del asociado; los asociados que devenguen más de 10 salarios mínimos legales vigentes, podrán aportar entre el 1% y no más del 10% del ingreso básico mensual, pagadera con la periodicidad que los asociados reciban su ingreso.

De la suma periódica aquí establecida, el noventa por ciento (90%) se llevará a una cuenta de ahorros permanentes y el restante diez por ciento (10%) a aportes sociales individuales.

Firma del Solicitante_____
N° de Identificación**ESPACIO PARA FONLEGRAND****APROBADO** ☐ Sí ☐ No

Fecha _____ Acta No. _____

Observaciones _____

Firma PRESIDENTE_____
Firma GERENTE