

AFILIACIÓN AL FONDO DE PREVISIÓN

No. _____

1. NOMBRE COMPLETO: _____

2. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ de _____

3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ Tel: _____

4. DIRECCIÓN DE TRABAJO: _____ Tel: _____

5. ME COMPROMETO A APORTAR MENSUALMENTE AL FONDO DE PREVISIÓN USTACOOOP:

5.1. EL _____ % DE MI SALARIO MENSUAL DEVENGADO EN LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS O CUALQUIER OTRA ENTIDAD.

5.2. EL _____ % DE UN SALARIO MÍNIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE.

6. FORMA DE PAGO DE LOS APORTES (marque una opción)

6.1. _____ AUTORIZO DESCUENTO DE NÓMINA USTA

6.2. _____ PAGAR DIRECTAMENTE POR CAJA (dentro de los primeros 5 días de cada mes)

7. BENEFICIARIOS (En caso de fallecimiento):

Nombres	Parentesco	Fecha nacimiento	tipo identificación C.C./C.E./T.I.	No.	Fecha expedición	Porcentaje %
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

Fecha: _____

Firma: _____