



## AFILIACION AL FONDO DE PROTECCION EXEQUIAL FAMILIAR AÑO 2024

No. Afiliación

Vr Grupo Fliar:

Vr Grupo Adicional:

Total a Pagar:

OFICINA :		FECHA AFILIACION ASOCIADO:		ESTADO :	
FECHA AFIL. O RENOV. FONDO :		FECHA DEL PAGO ANTERIOR:			
<b>DATOS DEL TOMADOR</b>					
PRIMER APELLIDO :			SEGUNDO APELLIDO :		
PRIMER NOMBRE :			SEGUNDO NOMBRE :		
IDENTIFICACION :			FECHA DE EXPEDICION :		
FECHA DE NACIMIENTO :		EDAD :	CIUDAD DE NACIMIENTO :		
DIRECCION DE LA RESIDENCIA :			TELEFONO FIJO :		CELULAR :
NOMBRE EMPRESA LABORA :			DIRECCION :		TELEFONO :

<b>NUCLEO BASICO FAMILIAR</b>			
IDENTIFICACION	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO

<b>BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO</b>						
TIPO IDENT	IDENTIFICACION	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	PORCENTAJE

<b>AFILIADO ADICIONAL</b>				
TIPO IDENT	IDENTIFICACION	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TOMADOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL ASESOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL CAJERO

Manifiesto que la información consignada es verdadera y que conozco y acepto las condiciones del reglamento del Fondo de Protección Exequial Coonfie. Adicionalmente recibo el carnet de la entidad prestadora del servicio.

**FO-SO-01/V1/ 17-11-2020**