

AFILIACION AL FONDO DE PROTECCION EXEQUIAL FAMILIAR AÑO 2026

No. Afiliación

Vr Grupo Fliar:

Vr Grupo Adicional:

Total a Pagar:

0,00

OFICINA :	FECHA AFILIACION ASOCIADO:	ESTADO :	
-----------	----------------------------	----------	--

FECHA AFIL. O RENOV. FONDO :		FECHA DEL PAGO ANTERIOR:	
------------------------------	--	--------------------------	--

DATOS DEL TOMADOR

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 :

NUCLEO BASICO FAMILIAR

IDENTIFICACION	NOMBRE	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO
----------------	--------	------------	------------------

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

TIPO IDENT	IDENTIFICACION	NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	PORCENTAJE
------------	----------------	--------	------------	------	------------------	------------

AFILIADO ADICIONAL

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.

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