

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

CIUDAD _____ FECHA _____ MEDIO DE INFORMACIÓN _____
 NOMBRES _____ APELLIDOS _____
 CEDULA DE CIUDADANÍA _____ EXPEDIDA EN _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 OCUPACIÓN _____ PROFESIÓN _____
 DIRECCIÓN DE HOGAR _____ TELÉFONO _____
 DIRECCIÓN DE OFICINA _____ TELÉFONO _____
 E - MAIL _____
 E - MAIL _____
 CELULAR _____

A QUE INSTITUTO DE SALUD SE ENCUENTRA AFILIADO:

A.R.S. _____ E.P.S. _____ MEDICINA PREPAGADA: _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA

BENEFICIARIOS	EDAD	PARENTESCO	C.C./T.I./NUIP	FECHA DE NACIMIENTO
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
ADICIONALES				
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____
_____	_____	_____	_____	____ ____ ____ _____

Nombre Empresario - Asesor _____ Inscrito. _____
 C.C. _____ C.C. _____

PBX: 609 7673 - 433 0891 - 608 2415
www.funinpro.org.co

Terminos del convenio de Afiliación <http://www.funinpro.org.co/Formulario.html>

Para efectos del programa P.I.P, esta copia tiene validez por (30) días.
SEDE. NACIONAL BOGOTÁ.