



SOLICITUD DE AFILIACION

APELLIDOS	NOMBRES
C.C. No.	DE:
FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD
TELEFONO	CELULAR
E-MAIL	

BACHILLER PROFESIONAL OTRO PROFESION _____

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD

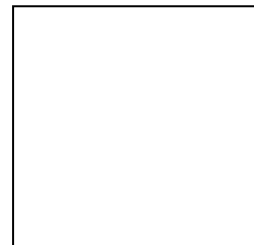
DATOS LABORALES

EMPRESA	CIUDAD
FECHA INGRESO A LA EMPRESA.	CARGO
DIRECCION CORRESPONDENCIA	CIUDAD

Autorizo al pagador de la empresa en la que laboro actualmente para descontar de mi sueldo la suma de \$ _____ mensuales como aportes y la suma de \$ _____ no reintegrables como cuota de admisión. (Artículo 31 de los estatutos) y para que de mis prestaciones sociales, salarios y demás pagos laborales se descuenten las obligaciones contraídas por mi para con FONGRUPO, en el momento de mi retiro de la empresa.

FIRMA: _____
C.C. No.

ENVIE ESTE FORMATO A: CRA 7 No. 72-64 INT 1 BOGOTA, fonggrupo@fonggrupo.com



HUELLA