

**SOLICITUD DE
AFILIACION ASOPMINCOM**

I. DATOS DEL PENSIONADO

Identificación		NOMBRES		APELLIDOS	
GENERO M ☐ F ☐	DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	MUNICIPIO	
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRONICO		TELEFONO FIJO	CELULAR	
AFILIADO A QUE EPS	TIENE EL PLAN MIO SI ☐ NO ☐	ESTADO CIVIL CASADO ☐ SOLTERO ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO ☐ UNION LIBRE ☐			

II. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

TIPO Y NUMERO DE IDENTIDAD C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐		NOMBRES		APELLIDOS	
FECHA DE NACIMIENTO AAAA MM DD	GENERO M ☐ F ☐	EMPRESA DONDE TRABAJA	NIT No.	SUELDO BASICO	

III. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS (Hijos)

No. De documento de Identidad de las personas a Cargo	Tipo Documento		SEXO			NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DE LAS PERSONAS A CARGO	Fecha de nacimiento	Parentesco		
	CC	RC	T.P	M	F			A	M	D

IV DECLARACION DE INGRESOS

Valor mensual de Ingresos: _____

Fuentes de Ingresos: _____

Actualmente está afiliado a una Caja de Compensación: SI _____ NO _____

En caso de estar afiliado Indique en que Departamento _____

Firma del Pensionado _____ C.C. No. _____ de _____

Dirección: Edificio Murillo Toro Carrera 8ª. Entre calle 12ª y 12b. Oficina 200 B. e-mail: asopmincom2012@hotmail.com página web: www.asopmincom.org, Cell: 301 2993252