



SOLICITUD DE INGRESO AL APOORTE VOLUNTARIO POR DEFUNCIÓN "AVODE"

No. _____

TIPO ASOCIADO

ACTIVO
 ADHERENTE
 SERVICIO ACTIVO
 CONYUGE

LUGAR Y FECHA

--	--	--

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NOMBRES

--	--

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

No. _____			
-----------	--	--	--

CÉDULA

CÓDIGO MILITAR

FUERZA

GRADO

--	--	--

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

CELULAR

--	--	--

DIRECCION RESIDENCIA

CIUDAD

DEPARTAMENTO

--	--	--

NOMBRE CONYUGUE

TELEFONO

CELULAR

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS

%

No. IDENTIFICACIÓN

1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

OBSERVACIONES:

ANEXOS:

1 Fotocopia cédula de ciudadanía

2 Exámen médico

3 Declaración extrajujicio: no padecer enfermedad terminal

4 Cuota de afiliación: **\$141.000**

CONTADO
DESCUENTO

RECIBO DE CAJA N. _____

TRES CUOTAS DE \$47.000

FORMA DE PAGO:	CAJA RETIRO <input type="checkbox"/>	MIN. DEFENSA <input type="checkbox"/>	PAGO DIRECTO <input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

DEJO CONSTANCIA QUE CONOZCO Y ACEPTO EL REGLAMENTO DEL AVODE

FIRMA

No. CÉDULA DE CIUDADANÍA

