



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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

ANEXOS:

- 1 Fotocopia cédula de ciudadanía
- 2 Exámen médico

FORMA DE PAGO:

CAJA RETIRO

MIN. DEFENSA

PAGO DIRECTO

DEJO CONSTANCIA QUE CONOZCO Y ACEPTO EL REGLAMENTO DEL AVODE

FIRMA

No. CÉDULA DE CIUDADANÍA