



FORMATO DE AFILIACION COMO ASOCIADO CORFENALCE

Ciudad	Fecha	Número de Solicitud
Nombres y Apellidos completos del Solicitante		Cédula de Ciudadanía N°
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Expedida en:
Cargo que ocupa en FENALCE:		Dependencia FENALCE:
SubEmpresa Fenalce: (Fenalce, Progr. Semillas, Fondo Na. Cerealista, Fondo Na. Leguminosas, Fondo Na. de la Soya, Otro)		No. de cuenta, tipo de cuenta, Banco y ciudad de apertura cuenta
Ingreso mensual (Sueldo Actual ó Mesada Pensional)		Tel. Oficina:
Tel. Residencia:	Tel. Celular:	Correo electrónico
Máximo Título Alcanzado	Bachiller: ____ Técnico: ____ Tecnólogo: ____ Profesional: ____ Especialista: ____ Magíster: ____ Doctor: ____	
Dirección de Residencia:		Ciudad y Departamento:
Vivienda Propia: SI ____ NO ____ Estrato ____	ESTRATO	
Mujer Cabeza Hogar SI ____ NO ____	1 2 3 4 5 6	
Estado Civil:	Soltero(a): ____ Casado(a): ____ Separado(a): ____	
N° de Hijos:	Divorciado(a): ____ Unión Libre ____	
Nombre del cónyuge o compañero:		Valor APOORTE MENSUAL (Mínimo 5% y máximo el 10% de su sueldo mensual):
Personas a Cargo		FIRMA DEL SOLICITANTE
		C. C. No
APROBACION DE LA JUNTA DIRECTIVA CORFENALCE:		
CUENTA CORRIENTE DEL BANCO DAVIVIENDA No. 0067-69999969 A NOMBRE DE CORFENALCE.		Acta No
ENVIAR COPIA DE CONSIGNACION ESCANEDA A. corfenalce@gmail.com		Fecha
Información adicional en el 5921092 - 313 8406842, Siguenos a través de nuestras redes sociales:		
 corfenalce -- corfenalce2009@hotmail.com		 corfenalce/unadcoop @corfenalce
		HUELLA DACTILAR