



ASOCIACION DE EXEMPLEADOS FEDERACAFE Y ALMACAFE - "ASDECAFE"
SOLICITUD DE AFILIACION

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

--

FECHA DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION

No.

AÑO	MES	DIA	CC	CE	
-----	-----	-----	----	----	--

GRUPO SANGUINEO

ESTADO CIVIL

--	--

DIRECCION

CIUDAD

--	--

TELEFONO FIJO

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

--	--	--

EMPRESA DONDE PRESTO SUS SERVICIOS

--

DESDE

HASTA

AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
-----	-----	-----	-----	-----	-----

ULTIMO CARGO DESEMPEÑADO

DEPENDENCIA

--	--

ACTUALMENTE TRABAJA ?

ESTA PENSIONADO ?

SI	NO	SI	NO
----	----	----	----

NIVEL DE EDUCACION

PROFESION U OFICIO

--	--

MANEJA PROGRAMAS DE SISTEMAS

CUALES

SI	NO	
----	----	--

MANEJA OTROS IDIOMAS

CUALES

SI	NO	
----	----	--

SALUD Y SEGUROS

Le interesa afiliarse a medicina prepagada con Cafesalud?		Está afiliado a una EPS?		Cual
SI	NO	SI	NO	

Le interesa afiliarse a seguro colectivo de vida con MAPFRE ?		Le interesa afiliarse a seguro colectivo de vehículo ?	
SI	NO	SI	NO

Le interesa afiliarse a seguro Exequial ?

SI	NO
----	----

ACTIVIDADES

Asdecafe le ofrece la oportunidad de desarrollar las siguientes actividades. Indique en cuales le gustaría participar:

Deportes y juegos

Futbol	<input type="checkbox"/>	Tenis	<input type="checkbox"/>	Danzas	<input type="checkbox"/>
Ciclismo	<input type="checkbox"/>	Rumba y baile	<input type="checkbox"/>	Natación	<input type="checkbox"/>
Aeróbicos	<input type="checkbox"/>	Bolos	<input type="checkbox"/>	Atletismo	<input type="checkbox"/>
Caminatas	<input type="checkbox"/>	Tejo	<input type="checkbox"/>	Ping Pong	<input type="checkbox"/>
Billar	<input type="checkbox"/>	Cartas	<input type="checkbox"/>		

Artísticas y culturales

Pintura	<input type="checkbox"/>	Música	<input type="checkbox"/>	Fotografía	<input type="checkbox"/>	Cine	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	--------------------------	------------	--------------------------	------	--------------------------

Otras

Culinaria	<input type="checkbox"/>	Manualidades	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------	--------------------------

En caso de ser admitido como miembro de la Asociación, me comprometo a cumplir con los estatutos y demás disposiciones, pagar la cuota de afiliación y oportunamente las mensuales de sostenimiento y cualquier obligación pendiente para con la asociación en el momento de mi retiro.

CIUDAD Y FECHA	FIRMA
----------------	-------



ASOCIACION DE EXEMPLEADOS FEDERACAFE Y ALMACAFE - "ASDECAFE"
SOLICITUD DE AFILIACION

BOGOTA, D.C

Yo en mi calidad de asociado y afiliado a Cafesalud, autorizo la renovación de mi contrato de medicina prepagada No. plan por el periodo

Así mismo comunico a ustedes las siguientes novedades, que afectarán esta renovación:

ATENTAMENTE,

C.C.