



**SOLICITUD DE AFILIACION
MAESTROS ACTIVOS**

FECHA: _____

DATOS PERSONALES:

Nombres y apellidos: _____

C.C: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado civil: _____ Año de ingreso al magisterio: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Establecimiento educativo: _____ Municipio: _____

Dirección Residencia: _____

FIRMA

HUELLA

C.C.



SOLICITUD DE AFILIACION

Señores

ENTIDAD NOMINADORA_____

Ref: AUTORIZACION DE DESCUENTO

Yo _____ identificado (a) con Cédula de ciudadanía _____, autorizo se descuenta de mi Nómina la cuota del Fondo del Seguro Mutuo del Magisterio de Risaralda.

Ratifico mi anterior determinación con mi firma, a los _____ días del mes de _____ De _____.

FIRMA

HUELLA

C.C

Fondo de Seguro Mutuo del Magisterio de Risaralda

Nit. 800.206.619-6



NOMBRAMIENTO DE BENEFICIARIOS

Manifiesto que es mi libre voluntad nombrar como beneficiarios del Fondo de Seguro Mutuo a las personas relacionadas a continuación y en la proporción que también determino:

PORCENTAJE	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	PARENTESCO

Ratifico mi anterior determinación con mi firma, a los _____ días del mes de _____ de _____.

FIRMA

HUELLA

C.C.