



SOLICITUD DE AFILIACION

RESERVADO CAMUDASAL	
NUMERO DE AFILIACION	
FECHA DE AFILIACION	

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____

APELLIDO DE CASADA: _____ NOMBRES: _____

CONOCIDO POR: _____

DUI: _____ NIT: _____ SEXO: M F

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION DE RESIDENCIA: _____

TELEFONO(S): _____

ESTADO FAMILAR: SOLTERO CASADO OTROS

CORREO ELECTRONICO PERSONAL: _____

INFORMACION PROFESIONAL / LABORAL

CARNET DE ABOGADO

FECHA DE EGRESADO

FECHA DE GRADUADO

FECHA AUTORIZACION COMO ABOGADO

LUGAR DE TRABAJO: _____

DIRECCION DE TRABAJO: _____

TELEFONO DE TRABAJO: _____

DIRECCION DE BUFETE: _____

TELEFONO DE BUFETE: _____

CORREO ELECTRONICO LABORAL: _____

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: _____

SEGUROS / SERVICIOS CONTRATADOS

	MONTO ASEGURADO	CUOTA MENSUAL
SEGURO DE VIDA	\$	\$
AUXILIO DE SEPELIO	\$	\$
SEGURO DE RENTA HOSPITALARIA	\$	\$
SEGURO EDUCATIVO	\$	\$

FECHA DE SOLICITUD: _____

REVISADO Y AUTORIZADO PENDIENTE RECHAZADO

OBSERVACIONES: _____

PROMOTOR(A)

SELLO Y AUTORIZACIÓN POR
JEFE UNIDAD DE AFILIACION / ENCARGADA DE AGENCIA

FIRMA DEL SOLICITANTE

RESERVADO ARCHIVO CAMUDASAL		
FECHA RECIBIDO		
SELLO		