|  |
| --- |
| foto |

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN**

**FECHA AFILIACIÓN** día\_\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_año \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRES**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**APELLIDOS** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN**: C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LUGAR DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FECHA\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **BARRIO\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **TELEFONOS**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CELULAR** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-MAIL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ESTUDIOS DE PREGRADO

## UNIVERSIDAD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TITULO OBTENIDO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA DE GRADO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **N° DIPLOMA\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LIBRO** \_\_\_\_\_ **FOLIO** \_\_\_\_\_\_ **REGISTRO MEDICO**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **DE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIVERSIDAD \_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TITULO OBTENIDO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FECHA DE GRADO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **LIBRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FOLIO**\_\_\_\_\_\_\_

**LUGAR DE TRABAJO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CUOTA AFILIACIÓN**: $30.000**

*CUOTA ANUAL DE SOSTENIMIENTO AÑO 2020:* ***$115.000***

*FORMAS DE PAGO: EFECTIVO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CHEQUE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*TARJETA DE CRÉDITO (TODAS) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*TRANSFERENCIA BANCARIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Para consignaciones: Cuenta Corriente N° 012137170 del Banco Popular o Cuenta de Ahorros Davivienda N° 450200041850, a favor de AEXMUN. Enviar formato de consignación y Formulario Diligenciado al correo aexmun\_nal@unal.edu.co.