

FORMULARIO DE POSTULACION PLAN EXCELENCIA ACADEMICA COMFAMILIAR

INFORMACION AFILIADO	
Nombre completo:	

Documento:		Afiliado Categoría	
-------------------	--	---------------------------	--

Teléfonos:	
Dirección:	

INFORMACION ESTUDIANTE			
Institución Educativa		Año de finalización	

Carrera a la que se encuentra inscrito en la universidad surcolombiana

Nombre completo:	
-------------------------	--

Documento:	
-------------------	--

Teléfonos:	
Dirección:	

DECLARACION DE INFORMACION SUMINISTRADA:

Nosotros _____ y

_____ y _____
identificados(as) con los documentos de
identidad _____ y _____ como progenitor(a)
e hijo(a) respectivamente, de manera voluntaria y dando certeza de que todo
lo aquí consignado, es cierto, realizo la siguiente declaración de la
información requerida, en el formulario de postulación PLAN EXCELENCIA
ACADEMICA COMFAMILIAR, con el propósito de que se pueda dar
cumplimiento al reglamento del mismo.

1. Declaramos que los nombres, apellidos y documentos de identificación como afiliado y beneficiario a LA CAJA DE COMPENSACION COMFAMILIAR plasmados en el formulario de postulación PLAN EXCELENCIA ACADEMICA COMFAMILIAR, son los registrados por nosotros.
2. La información suministrada del estudiante proviene de entidades educativas constituidas legalmente.

En consecuencia de haber leído lo anterior firmamos el presente documento a los _____ días del mes _____ del año _____ en la ciudad de Neiva.

FIRMA Y DOCUMENTO PADRE DE FAMILIA

FIRMA Y DOCUMENTO DEL ESTUDIANTE
