

**FORMULARIO DE INSCRIPCION
PROGRAMA ADULTO MAYOR**



CIUDAD: _____

Programa Integral Atención domiciliaria Pre- pensionado Otro

DATOS DEL USUARIO

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD |
| CEDULA DE CIUDADANIA | DIRECCIÓN RESIDENCIA | TELEFONO y/o CELULAR |

AFILIADO BENEFICIARIO PENSIONADO PARTICULAR
 ESTADO CIVIL: CASADO VIUDO SEPARADO UNION LIBRE SOLTERO

| | | |
|----------------------|--------------------------------|----------|
| NOMBRE DEL ACUDIENTE | DIRECCIÓN RESIDENCIA ACUDIENTE | TELEFONO |
|----------------------|--------------------------------|----------|

DATOS DEL TRABAJADOR AFILIADO

| | | | |
|---------------------|----------------------|-----------|-----------|
| NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA DE CIUDADANÍA | DIRECCIÓN | CATEGORIA |
|---------------------|----------------------|-----------|-----------|

INFORMACION DEL PROGRAMA

| PRIMER SEMESTRE | SEGUNDO SEMESTRE | | | | | | |
|---|---|------------|------------|--|------------|------------|------------|
| FECHA INGRESO <table border="1"><tr><td><i>Día</i></td><td><i>Mes</i></td><td><i>Año</i></td></tr></table> | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> | FECHA INGRESO <table border="1"><tr><td><i>Día</i></td><td><i>Mes</i></td><td><i>Año</i></td></tr></table> | <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> |
| <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> | | | | | |
| <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> | | | | | |
| HORARIO ELEGIDO Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Horario _____ | HORARIO ELEGIDO Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Horario _____ | | | | | | |
| VALOR SEMESTRE: _____ | VALOR SEMESTRE: _____ | | | | | | |
| FORMA DE PAGO: Contado <input type="checkbox"/> 2 Cuotas <input type="checkbox"/> 3 Cuotas <input type="checkbox"/> | FORMA DE PAGO: Contado <input type="checkbox"/> 2 Cuotas <input type="checkbox"/> 3 Cuotas <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| FACTURA No. _____ RECIBO No. _____ | FACTURA No. _____ RECIBO No. _____ | | | | | | |
| FACTURA No. _____ RECIBO No. _____ | FACTURA No. _____ RECIBO No. _____ | | | | | | |
| FACTURA No. _____ RECIBO No. _____ | FACTURA No. _____ RECIBO No. _____ | | | | | | |

PARA EL PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA

VALOR MENSUAL _____ FACTURA No. _____ RECIBO No. _____

FIRMA USUARIO

RESPONSABLE COMFABOY