



FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. De Colegiado _____

INFORMACIÓN PERSONAL

1er. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____
2do. Apellido: _____ Nombres: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Municipio: _____ Departamento: _____
Edad: _____ Estado Civil: _____
Dirección de domicilio: _____
Municipio: _____ Departamento: _____
Teléfono domicilio: _____ Celular: _____ Email: _____
DPI: _____ NIT: _____ Tipo de sangre: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad: _____ Título: _____
Fecha de Graduación: _____ Especialidad: _____

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa: _____
Cargo: _____ Área de trabajo: _____
Dirección: _____
Municipio: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____
Fax: _____ Email: _____
Lugar para recibir correspondencia: Casa Oficina
Correo electrónico para recibir información: Personal Oficina

Nota:

Puedes acercarte a cualquiera de nuestras sedes o -CPAG- para entregar este formulario o puedes cargarlo en el siguiente enlace: <http://bitly.ws/t5pE>



Escanea el código QR

Si desea actualizar los datos de su plan de prestaciones ingresar al siguiente enlace: <https://bit.ly/3aXgcAF>

Firma

Fecha de actualización: _____

