

RADICACIÓN N°:



FECHA DE SOLICITUD

DÍA	MES	AÑO

**FORMULARIO PARA INCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONOMICOS**

1. DATOS PERSONALES														
NOMBRE:				PRIMER APELLIDO:				SEGUNDO APELLIDO:						
TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.E.				NÚMERO:			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:							
TELÉFONO RESIDENCIA:						TELÉFONO CELULAR:								
CORREO ELECTRÓNICO:														
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONOMICOS														
Libre y espontáneamente manifiesto mi voluntad que en caso de retiro de FECOLSA por causa de muerte real o presunta, mis aportes, ahorro, auxilios y demás beneficios o derechos económicos que resulten a mi favor sean entregados a las personas y en las proporciones que se indican enseguida:														
BENEFICIARIOS PRINCIPALES DE DERECHOS ECONÓMICOS														
PARENTESCO											NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros	1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	% DE PARTICIPACIÓN	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BENEFICIARIOS DE DERECHOS ECONÓMICOS EN CASO DE FALTAR TODOS LOS PRINCIPALES														
PARENTESCO											NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN			
Conyugue o Compañero(a)	Hijo(a)	Padres	Otros	1ER APELLIDO.	2do APELLIDO.	1er NOMBRE.	2do NOMBRE.	% DE PARTICIPACIÓN	C.C.	T.I	C.E	NUIP	NÚMERO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> <p>FIRMA DEL ASOCIADO</p>														