



Fondo de empleados Pfizer  
S.A

## SOLICITUD DE AFILIACION

### DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO		CIUDAD	TELEFONO	CELULAR
	AÑO	MES	DIA		
DIRECCION DE RESIDENCIA		CIUDAD DE RESIDENCIA		CORREO ELECTRONICO	
NUMERO DE CUENTA		ENTIDAD		CLASE	
				AHORROS	CORRIENTE

### DATOS LABORALES

CARGO		CODIGO DE NÓMINA		TELEFONO OFICINA	
FECHA DE INGRESO A PFIZER			FECHA DE INGRESO A PFEVIVA		
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA

### DATOS DE AFILIACIÓN

Autorizo a: \_\_\_\_\_; para que de mi salario descuente las cuotas de aportes y ahorros periodicas de acuerdo con los estatutos y reglamentos del Fondo.

### BENEFICIARIOS

NOMBRE	CEDULA	PARENTESCO
APORTE MENSUAL DE AHORRO		

FIRMA:

\_\_\_\_\_  
CEDULA:

Pfeviva- Fondo de Empleados de Pfizer: Teléfono: 4 1 782 48 - 4 17 82 26 - 4 17 82 43

Dirección: CR 68 B # 25 B 25 Bogotá, Colombia

empleados.col.fondo@pfizer.com

[www.pfeviva.com](http://www.pfeviva.com)



