



ASOCIACIÓN DE EGRESADOS UNIVERSIDAD
CESMAG -ASEUNICESMAG
NIT. 900.690.317-3

FORMATO DE AFILIACIÓN

FECHA DE SOLICITUD			SE AFILIA POR VEZ		RADICACIÓN ASEUNICESMAG				
DD	MM	AA	Primera	Segunda					
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE									
NOMBRES Y APELLIDOS				TIPO DE SANGRE		GÉNERO			
						A	F	Otro	
N° DE IDENTIFICACIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		LUGAR DE EXPEDICIÓN			FECHA DE NACIMIENTO		
							DD	MM	AA
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA Y BARRIO			N° CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO				
NIVEL EDUCATIVO		TÍTULO OBTENIDO EN LA UNICESMAG			OCUPACIÓN (Seleccione)				
Tec. ☐ Prof. ☐ Doc. ☐					Dependiente	Independiente	Empleado	Hogar	Pensionado
Esp. ☐ Mag. ☐									
EMPRESA DONDE LABORA				FECHA DE VINCULACIÓN					
CARGO QUE DESEMPEÑA		TELÉFONO EMPRESA			ESTADO CIVIL				
					Soltero(a)	Casado(a)	Unión Libre	Viudo(a)	Divorciado(a)
N° PERSONAS A CARGO	NÚMERO HIJOS	Edad 0-5	Edad 6-11	Edad 12-17	Edad 18-25	TIPO DE VIVIENDA			ZONA UBICACIÓN
						Propia	Arriendo	Familiar	Rural Urbana
2. INFORMACIÓN FAMILIAR Y BENEFICIARIOS									
IDENTIFICACIÓN		APELLIDOS Y NOMBRES				PARENTESCO			
3. VOLUNTAD DE LA AFILIACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN									
Cuéntenos brevemente cuáles son sus motivaciones e intereses para afiliarse a ASEUNICESMAG									



ASOCIACIÓN DE EGRESADOS UNIVERSIDAD

CESMAG -ASEUNICESMAG

NIT. 900.690.317-3

FORMATO DE AFILIACIÓN

Declaro mi voluntad de afiliarme a la **Asociación de Egresados de la Universidad CESMAG – ASEUNICESMAG**, comprometiéndome a cumplir sus estatutos, reglamentos y decisiones, y certifico que la información aquí registrada es veraz

NOMBRE DEL ASOCIADO(A) QUE LO(A) REFIRIÓ

CUOTA DE AFILIACIÓN (PAGO ÚNICO)

\$ 87.000

Una vez aceptada su afiliación se debe pagar la cuota de sostenimiento de \$17.000 mensuales (tarifa año 2026) pagaderos semestral o anual.

FIRMA DEL SOLICITANTE C.C.

4. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la ASOCIACIÓN DE EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD CESMAG – ASEUNICESMAG, y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada el tratamiento de mis datos personales para fines relacionados con mi afiliación, la gestión administrativa, el cumplimiento de obligaciones legales y la comunicación de actividades y beneficios de la asociación.

Podré ejercer en cualquier momento mis derechos de acceso, rectificación, supresión o revocatoria de la autorización a través del correo: aseunicesmag@gmail.com.

Firma del titular: _____
C.C.: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Anexar: Copia de cédula de ciudadanía, diploma del programa que se graduó en la UNICESMAG, fotografía digital y recibo de pago.

5. PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEUNICESMAG

AFILIACIÓN	ACTA JUNTA DIRECTIVA	AFÍLIESE A PARTIR DEL MES
APROBADA: ☐ RECHAZADA ☐	Nº. _____ FECHA: _____	
OBSERVACIONES:		
FIRMA PRESIDENTE (A) JUNTA DIRECTIVA		FIRMA SECRETARIO (A) JUNTA DIRECTIVA