



COOPICBF
 COOPERATIVA MULTIACTIVA
 NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR
 NIT. 860.044.534-0

TARJETA DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Sírvase diligenciar completamente a máquina o en letra impresa, anexando copia de su cedula, contrato laboral y/o ultimo desprendible de pago.

AF:

AP:

FS:

Código: _____

El asociado está obligado a informar por escrito cualquier cambio en sus datos personales o laborales.

Ciudad y Fecha de diligenciamiento: _____

DATOS PERSONALES

Cédula de Ciudadanía No.:	Ciudad y fecha de expedición:
NOMBRES:	
APELLIDOS:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA: MES _____ DÍA _____ AÑO _____
SEXO:	ESTADO CIVIL: CABEZA DE FAMILIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	BARRIO: ESTRATO:
TELÉFONO:	CELULAR:
CIUDAD O MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	
ESTUDIOS: PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	
PROFESIÓN U OCUPACIÓN:	
E-MAIL:	

DATOS LABORALES

ENTIDAD DONDE LABORA:	
FECHA DE VINCULACIÓN A LA ENTIDAD:	
TIPO DE CONTRATO: PLANTA <input type="checkbox"/> SUPERNUMERARIO <input type="checkbox"/> PROVISIONAL <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TERMINO FIJO <input type="checkbox"/> INFERIOR A UN AÑO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO:	
REGIONAL:	DEPENDENCIA:
CENTRO ZONAL:	HOGAR INFANTIL:
CARGO ACTUAL:	Exfuncionario () Pensionado () Regional:
SUELDO ACTUAL:	
DIRECCIÓN OFICINA:	CIUDAD O MUNICIPIO:
TELÉFONO OFICINA:	
TELÉFONO DE FAX:	

REFERENCIAS

PERSONALES	
NOMBRE:	TELÉFONO:
NOMBRE:	TELÉFONO:
FAMILIARES	
NOMBRE:	TELÉFONO:
NOMBRE:	TELÉFONO:

PLAN SEGURO DE APORTES

En caso de MI FALLECIMIENTO, deseo y es mi voluntad que mis aportes y el seguro de vida sean entregados a las siguientes personas:

NOMBRE:	C.C. No.	PARENTESCO:
NOMBRE:	C.C. No.	PARENTESCO:
NOMBRE:	C.C. No.	PARENTESCO:
NOMBRE:	C.C. No.	PARENTESCO:

O en su defecto a mis herederos legítimos de acuerdo con la ley.

CLAUSULA: Partes iguales con derecho a crecimiento en caso de fallecimiento de algún Beneficiario

PLAN DE AUXILIOS

*** Hijos menores de 18 años o Hijos con limitaciones físicas o mentales sin límite de edad.**

COOPICBF otorga para los beneficiarios relacionados a continuación un auxilio de acuerdo a lo reglamentado para los siguientes casos:

1. Incapacidad mayor o igual a 30 días causada por accidente
2. Fallecimiento

MADRE:	C.C. No.	EDAD:
PADRE:	C.C. No.	EDAD:
ESPOSO (A) y/o COMPAÑERO (A)	C.C. No.	EDAD:
*HIJO(A):	T.I. No.	EDAD:
*HIJO(A):	T.I. No.	EDAD:
*HIJO(A):	T.I. No.	EDAD:

CLAUSULAS ESPECIALES

1. Con la presente solicito se me admita como asociado a COOPICBF y declaro que me someto a sus estatutos y reglamentos los cuales conozco. Me comprometo a aportar mensualmente (mínimo el 3% del sueldo mensual y máximo el 15%) \$ _____. Mi retiro lo manifestare por escrito al consejo de administración para su aprobación.

2. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO"

Autorizo de manera permanente e irrevocable para que con fines estadísticos y de control, supervisión y de información comercial a otras entidades la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" reporte y consulte a las Centrales de Información de la Asociación Bancaria y entidades financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación y extinción de obligaciones contraídas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones

3. Autorizo a Coopicbf, para que ejerza el tratamiento de mis datos personales en los términos establecidos por la ley 1581 de 17 de octubre de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 27 de junio de 2013.

4. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS:

Obrando de manera voluntaria y en nombre y propio me permito realizar la siguiente declaración de origen de fondos y bienes a COOPICBF, con el propósito de que pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No. 006 de la Supersolidaria y demás normas legales para el control de las actividades de lavado de activos vigentes en Colombia. Los recursos que aporto a Coopicbf provienen de las siguientes fuentes (detalle de ocupación, oficio, actividad, negocio, etc)

Declaro que esta fuente de fondos en ningún caso involucra actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y por lo tanto no he prestado mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a mi nombre.

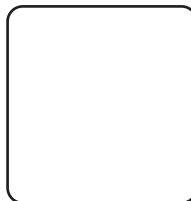
La información aquí suministrada corresponde a la realidad y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada sin limitación alguna.

5. Maneja Recursos públicos?

Si ____ No ____

FIRMA DEL ASOCIADO

Huella Digital
índice derecho



Afiliado Por _____
Nombre legible y cedula

Aprobada mediante acta virtual _____ con fecha _____ y ratificada en la reunión de consejo de administración del día _____ acta No. _____.

V.B. _____
Presidente del Consejo

V.B. _____
Secretario del Consejo