conozcamos
Nuestra Cooperativa

46
años

Al Servicio Solidario de Nuestros Asociados

Portafolio de Servicios

COOPICBF

COOPERATIVA MULTIACTIVA

NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

Más de
3.500 afiliados
en toda
Colombia
COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

COOPICBF

COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

Quienes Somos

La COOPICBF es una entidad sin ánimo de lucro, de régimen especial, vinculo cerrado, clasificada en el nivel dos (2) de supervisión, vigilada por la Superintendencia de la Economía Solidaria y fundada el ocho (8) de agosto de 1973, con 46 años al servicio de los funcionarios del ICBF, contratistas del ICBF, Instituciones del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, Trabajadores del CDI y Hogares Infantiles del ICBF, Ex servidores del ICBF y/o CDI y Hogares Infantiles que hubieran estado vinculados a COOPIBF.

Se rige por las siguientes normas de orden nacional.

*Estatuto tributario (entidades de régimen especial) *Ley 79 de 1988 *Ley 454 de 1998 *Circular 04 de 2018 básica contable y financiera de la súper solidaria *circular 05 circular básica jurídica de la súper solidaria *circular 06 de 2015 sarlaft *Ley 1525 de 2012 ó ley de libranza *Ley 1581 de 2012 ley de habeas data * directiva 31 de Dansocial. lineamientos para el comité de educación.

Decretos y resoluciones de orden interno

*Estatutos *Código del buen gobierno *Reglamento de aportes y crédito *Reglamento de cobranzas *Reglamento de los diferentes comités (Educación – Financiero) *Acuerdos para ejecución de las diferentes actividades y desarrollo COOPICBF.

COOPICBF, brinda múltiples beneficios y servicios a sus asociados entre los cuales tenemos: quince (15) líneas de crédito a intereses entre el 7 y 15% efectivo anual, seguros de: vida, aportes y créditos gratuitos, plan de auxilios, convenios con proveedores y alianzas con entidades de turismo y educativas.

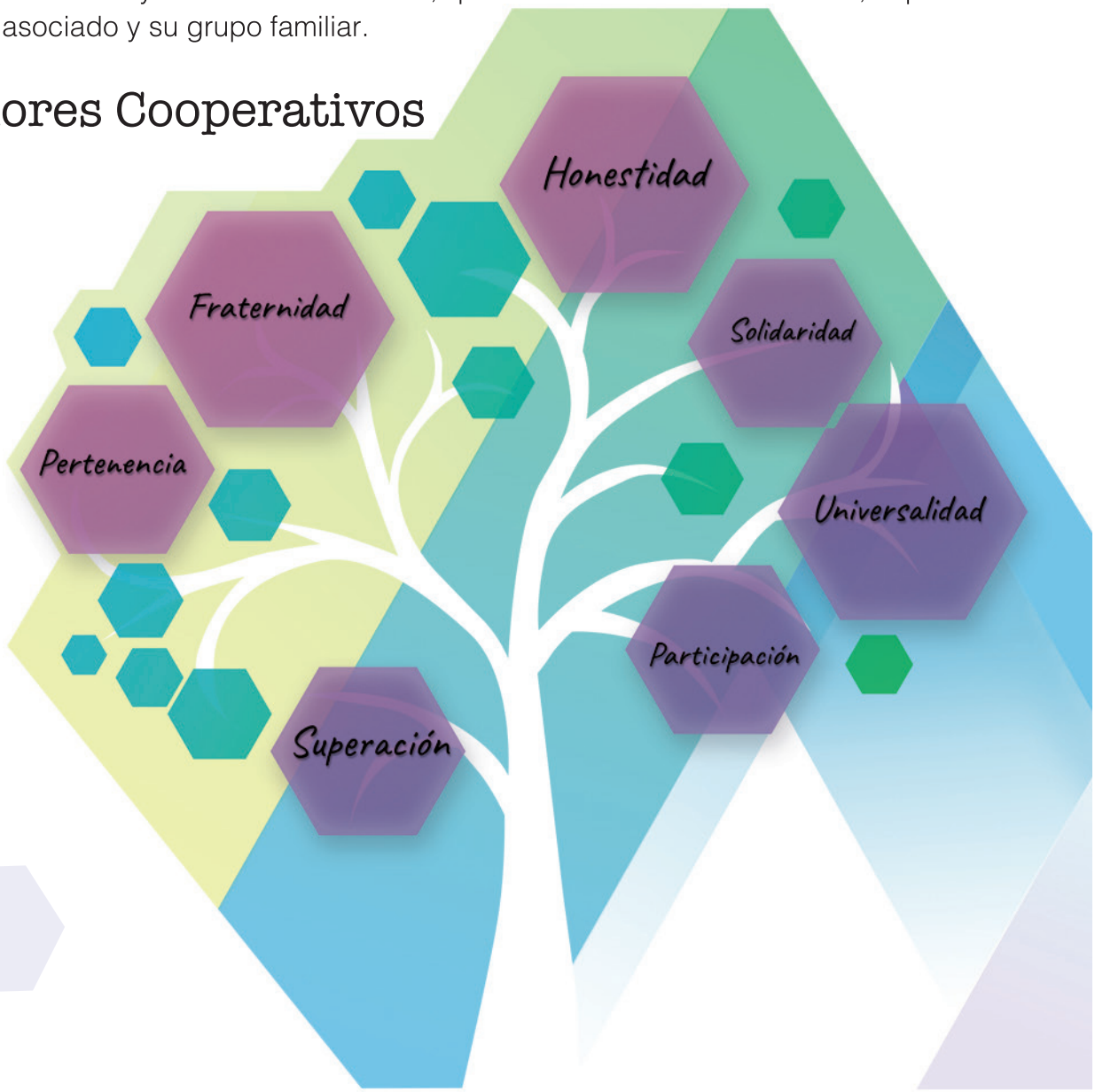
Misión

Somos una cooperativa multiactiva, que tiene como finalidad aportar soluciones a las necesidades de nuestros asociados a través de servicios de calidad y el otorgamiento de créditos para educación, garantía real, seguros, planes recreativos, impuestos, compra de cartera y libre inversión, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros asociados y familias, en concordancia con el medio ambiente basados en la práctica de principios y valores del cooperativismo.

Visión

Ser en el futuro, una organización cooperativa modelo en lo sostenible, rentable y de alta responsabilidad social, conformada por un equipo humano idóneo, comprometido en ofrecer servicios innovadores y de excelente calidad, que solucionen las necesidades, expectativas e intereses del asociado y su grupo familiar.

Valores Cooperativos



. . . Objetivo . . .

En cumplimiento del acuerdo cooperativo, COOPICBF tiene como objeto social contribuir al mejoramiento económico, social, educativo, cultural y ambiental de sus asociados y de la comunidad, para su desarrollo sostenible; fomentando la solidaridad, la ayuda y el respeto mutuo; actuando con base en el esfuerzo propio y la aplicación y practica de los valores, y principios cooperativos; así como una administración eficiente, en particular para el desarrollo de la multiactividad ejecutando la actividad de aportes y créditos con sus asociados, desplegando planes y programas de educación enfatizados en ser capacitador de capacitadores, abriendo programas de recreación y proyectos de inversión.

En cumplimiento de nuestro objeto social, COOPICBF efectúa descuentos por nómina y suscribe acuerdos o convenios de libranza con empleadores o entidades pagadoras, de naturaleza pública o privada, así como aceptar que sus asociados atiendan las obligaciones con la cooperativa a través del sistema de libranza. Igualmente, puede acordar otros mecanismos de recaudo y actuar como entidad operadora de libranza.
Los recursos de COOPICBF tienen origen lícito, con el fin de garantizarlo se implementarán los mecanismos idóneos orientados a prevenir, controlar, detectar y evitar el ingreso a la cooperativa de recursos de origen ilícito.

Principios Cooperativos

. . .

Administración democrática

Cooperación entre cooperativas

Autonomía e independencia

Formación, capacitacón y divulgación

Participación económica de los asociados

Compromiso con la comunidad

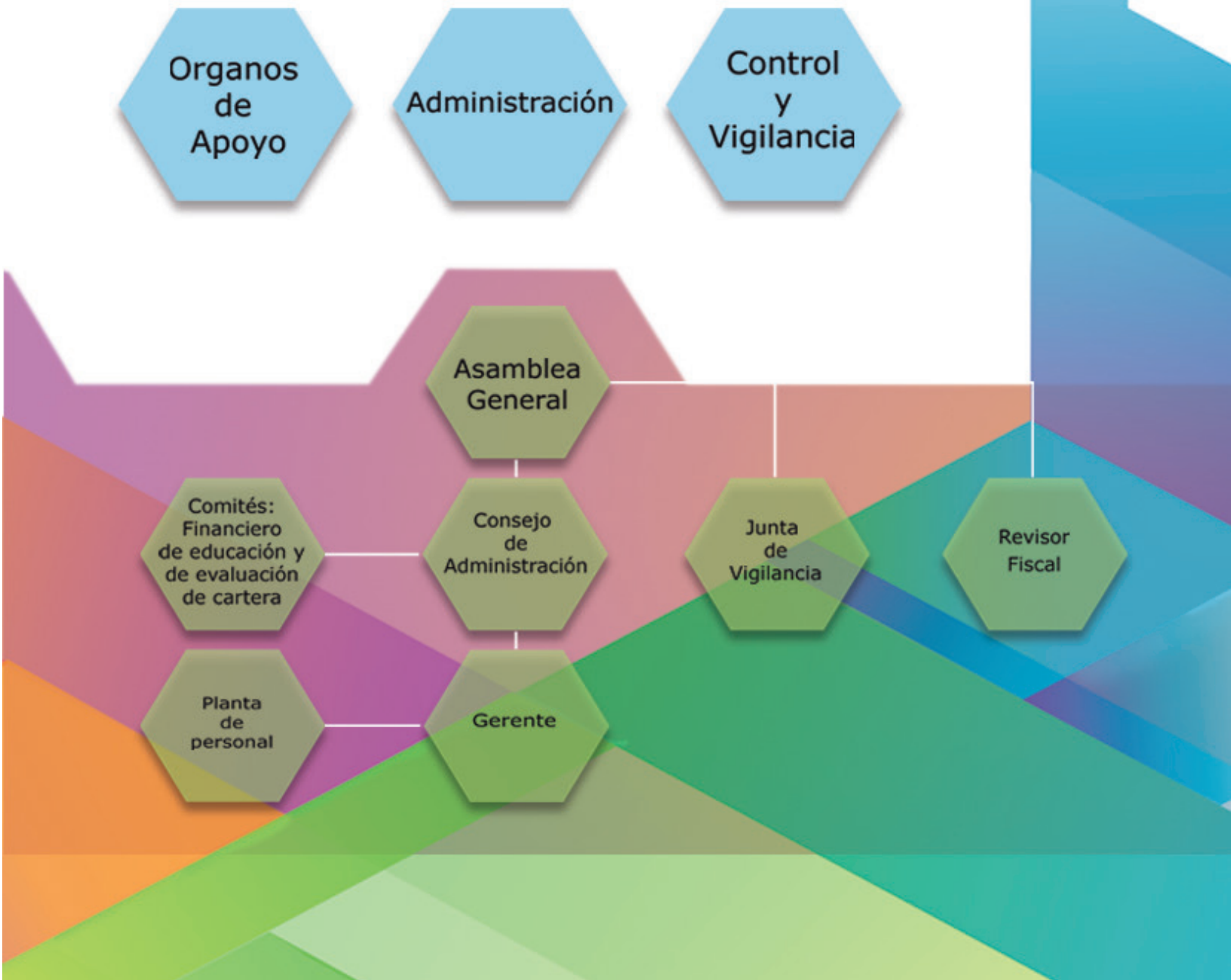
Afiliación voluntaria y abierta

Base Social

ZONA	ASOCIADOS	DELEGADO
01 Arauca y Hogares Infantiles	255	Medardo Moncada Duarte
02 Bogotá	192	Rosa Elvira Castro Riveros
03 Bolívar, Atlántico y Hogares Inntiles	176	Tomasa Magdaniels Iglesias
04 Boyacá y Hogares Infantiles	31	Ruby Nelcy Rojas Arcos
05 Caquetá y Hogares Infantiles	39	María Lucero Useche Useche
06 Casanare y Hogares Infantiles	53	Aleyda Gutierrez García
07 Cesar y Hogares Infantiles	638	Blanca José Machado Cruz
08 Risalralda, Chocó, Quindio, Valle, Caldas, Huila, Nariño, Guainía, Guaviare y Vaupés	39	Rosa María Martínez Martínez
09 Cundinamarca y Hogares Infantiles	181	Graceliana Carrillo
10 Guajira y Hogares Infantiles	174	Alfredis Barros Simanca
11 Hogares Infantiles Bogotá	452	Derly Varón Lozada
12 Magdalena y Hogares Infantiles	202	Clara Inés Navarro Erazo
13 Meta y Hogares Infantiles	85	Eudoxia Yate Prieto
14 Norte De Santander y Hogares Infantiles	219	Linda Kaled Abuasi Contreras
15 Putumayo y Hogares Infantiles	46	Adelina Jiménez López
16 San Andrés y Hogares Infantiles	55	Celeen Wilson Mclaughlin
17 Santander y Hogares Infantiles	137	Idaly Sarmiento Reyes
18 Sede Nacional, Sindicato y Cooperativa	194	Francisco Antonio León Suárez
19 Sucre, Cordobá y Hogares Infantiles	80	Candelaria Romero de Márquez
20 Tolima y Hogares Infantiles	65	Luz Stella Cazares Ortiz
21 Vichada y Amazonas	31	Lilia Esperanza Hernández Cuervo
TOTAL	3314	

COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

Organigrama



Vinculación & Retiro

Un mundo de posibilidades

QUIENES PUEDEN *Vincularse*

- Funcionarios del ICB
- Contratistas del ICBF.
- Instituciones del S.N.B.F. Trabajadores de CDI, Hogares infantiles del ICBF.
- Ex servidores del ICBF y/o CDI y Hogares Infantiles que hubieran estado vinculados a *COOPIBF*.
- Empleados *COOPICBF*. Edad máxima para vincularse a *COOPICBF* es de 65 años.

Como Vincularse

- Formulario de afiliación debidamente diligenciado, con firma y huella.
- Copia de la cedula de ciudadanía.
- Ultimo desprendible de pago, contrato de trabajo y/o certificación actual laboral.
- Contratistas autorización de descuentos.

Inversión Económica

- Afiliación: 3% del sueldo por una sola vez. No reembolsable.
- Aportes: Mínimo 3%, Máximo 15% del sueldo. Reembolsable 100% en caso de retiro.
- Fondos Sociales: $5.000, destinados $3.000 al Fondo de Solidaridad y $2.000 al Fondo de Bienestar y Recreación. Reembolsables únicamente en servicios.

Como Desvincularse

Así como la afiliación a *COOPICBF* es voluntaria, el retiro también lo es, sin embargo, recuerde que, si termino su vinculación laboral con el ICBF u Hogar infantil, puede seguir vinculado (a) en calidad de exfuncionario enviando oficio de continuidad y desprendible de pago o nuevo contrato laboral y realizar sus aportes directamente en el banco o por transferencia.

Para la desvinculación a *COOPICBF* y con el propósito de realizar su estudio y desembolso, se debe enviar a nuestra dirección o al correo coop.icbf@icbf.gov.co, oficio firmado solicitando el retiro e indicando el motivo, datos de su cuenta bancaria, correo electrónico y teléfonos de contacto.
El desembolso de los aportes está sujeto a cambio de deudores solidarios, pago del último mes de aportes por parte del empleador, pago total de deudas o que los aportes cubran las mismas. Termino de tramite hasta 90 días después de haber sido radicada su solicitud.

Créditos

Dependiendo sus necesidades

LIBRE INVERSIóN

- Asociado Nuevo.
- Extraordinario.
- Coopifacil.
- Coopifacil 1.5 Los Aportes.
- Coopiya.
- Coopimax.
- Ordinario.
- Pignoracion.

DESTINACION ESPECIFICA

- Impuestos.
- Recreación.
- Educación.
- Garantia hipotecaria.
- Garantia prendaria.
- Compra de cartera externa.
- Compra de cartera interna.

- Las solicitudes de crédito deben venir totalmente diligenciadas, con letra clara, tinta negra firmas y huellas.
- Para cualquier línea de crédito debe anexar: dos (2) pagares, carta de instrucciones, libranza (autorización de descuentos). Si no cuenta con deudor solidario y para créditos hasta 5 SMLV diligenciar formato del fondo de garantías (FGA) para creditos superiores a 30.000.000 formato de seguro de vida. Todos los documentos anexos a la solicitud de crédito deben diligenciarse únicamente la parte inferior donde se piden datos, firmas y huellas.
- Todos los créditos son estudiados por el comité de crédito. Para su estudio y aprobación están sujetos a la capacidad de pago, solvencia, consulta en las centrales de riesgo y estar al día en sus obligaciones tanto el deudor principal como los deudores solidarios.
- El cupo crédito será sumadas todas las líneas de crédito del 5.5 los aportes sin superar los 120 SMLV.
- Un asociado solo puede servir de deudor solidario hasta tres (3) créditos y estos no deben superar los 60 SMLV.
- Se pueden realizar abonos a capital a los créditos siempre y cuando el valor sea superior a dos (2) cuotas del crédito.

COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

¡Te acerca a tus sueños!

Portafolio de Créditos

2019 - Acuerdo 357

LINEA CREDITO	TASA ACTUAL	PLAZO	RECIPROCIDAD	FORMA DE PAGO	ANTIGÜEDAD	DESTINACION DEL CREDITO	GARANTIAS	REQUISITOS EN EL ESTUDIO DEL CREDITO	CONDICIONES PARA EL OTORGAMIENTO
ASOCIADO NUEVO	15%	1 A 10	Para quienes ganan menos de 2 SMLV, presta hasta 1.5 SMVL. Y para sueldos mayores a 2 SMLV, presta hasta 2.5 SMLV	Nómina	1 Mes	Libre Inversión	Pagaré y codeudor	Haber cancelado cuota de afiliación y una cuota de aportes por nomina, capacidad de pago, solvencia económca, garantías, reporte centrales de riesgo, vigencia del contrato. Cumplimiento	No refinanciable
EXTERAORDINARIO	15%	1 A 12	5.5 Aportes	Nómina	10 Meses	Libre Inversión	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo, vigencia del contrato, cumplimiento	Sera concedido por una sola vez, no podrá acceder otra línea de crédito, no es renovable.
COPIFACIL 100% APORTES	7%	1 a 48, si los aportes son menores a $10.000.000 y a 60 meses si los aportes superan los $ 10.000.000	100% Aportes	Nómina ó ventanilla	1 Año	Libre Inversión	Pagaré	Capacidad de pago, solvencia económica y garantias	Refinanciable
COPIFACIL 150% APORTES	9%	1 a 48, si los aportes son menores a $10.000.000 y a 60 meses si los aportes superan los $ 10.000.000	150% Aportes	Nómina ó ventanilla	1 Año	Libre Inversión	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica y garantias, centrales de riesgo	Solo podrá tener un coopiya caja siempre y cuando no supere el 1.5 de sus aportes. Refinanciable.
COPIYA CAJA	14%	1A 6	Para quienes ganan menos de 2 SMLV, presta hasta 1 SMVL. Y para sueldos mayores a 2 SMLV, presta hasta 1.5 SMLV	Ventanilla	10 Meses	Libre Inversión	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo, vigencia del contrato	Crédito plazo un solo pago a 6 meses, rotativo, será sancionado tiempo igual a la mora, cuando los últimos 3 coopiyas hayan sido cancelados en mora o recogidos mecanismo renovación no tendra derecho a esta línea.
COPIMAX	14%	1 A 24	2 veces los aportes	Nómina	10 Meses	Libre Inversión	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantías reporte centrales de riesgo.	Refinanciable
ORDINARIO	14%	1 A 60	3.5 Veces los aportes	Nómina	10 Meses	Libre Inversión	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo, cumplimiento art. 34	Refinanciable siempre y cuando no supere el cupo crédito
IMPUESTOS	12%	1 A 6	100% valor total sin superar cupo crédito	Nómina	10 Meses	Cubrir impuestos vehículo, predial, valorización	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias centrales de riesgo	Refinanciable
RECREACION	12%	1 A 36	Se prestará hasta el valor de la actividad recretiva, que no supere el cupo crédito	Nómina	10 Meses	Cubrir viajes de vacaciones	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias centrales de riesgo	Refinanciable
EDUCACION	12%	1 A 48	100% Valor total sin superar cupo crédito	Nómina	10 Meses	Cubrimiento de matricula, pensión y útiles	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo	Refinanciable
GARANTIA HIPOTECARIA	14%	1 A 84	5.5 Veces aportes y 60% sobre el valor del avalúo catastral, sin sobrepasar los 120 SMLV	Nómina ó ventanilla	1 Año	Adquisición de bienes inmuebles	Hipoteca en primer grado y pagaré	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo	Refinanciable después de haber cancelado el 50% Art 34. obligaciones, actualizar el avaluo y pólizas y cada 3 años el certificado de libertad. No se desembolsa el crédito hasta que no se haya constituido la hipo.téca.
GARANTIA PRENDARIA	13%	1 A 60	5.5 Veces aportes y 60% para nuevos y 50% para usados sobre el valor del impuesto del vehículo y con antiguedad de 5 años, sin sobrepasar los 120 SMLV	Nómina ó ventanilla	1 Año	Adquisición de vehiculos	Pignoración vehículo y pagaré	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo	Refinanciable después de haber cancelado el 50% Art 34. Anualmente actualizar pago impuesto y poliza todo riesgo. No se desembolsará el crédito hasta que no se haya constituido la prenda.
PIGNORACION BONIFICACION	6%	1 A 4	0.5	Nómina	3 Meses causados	Libre inversión	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias reporte centrales de riesgo, vigencia del contrato	No refinanciable y se recibiran hasta la 2 semana de mayo y noviembre de cada año
COPICARTERA INTERNA	15%	Hasta $5.000.000 a 48 meses y mayor de $5.000.000 hasta 60 meses	5.5 veces los aportes sin pasar los 120 SMLV	Nómina	10 Meses	Recoger cartera	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias centrales de riesgo, cumplimiento art. 34	Refinanciable despues de haber cancelado **6 cuotas.**
COPICARTERA EXTERNA	13%	Hasta $5.000.000 a 48 meses y mayor de $5.000.000 hasta 60 meses	5.5 veces los aportes sin pasar los 120 SMLV	Nómina	10 Meses	Recoger cartera	Pagaré y codeudor	Capacidad de pago, solvencia económica, garantias centrales de riesgo, cumplimiento art. 34	Refinanciable. Certificación deuda de la entidad. El crédito se girará a la entiad financiera u otra organización, carta autorización del asociado

ART. 34 PORCENTAJES PARA RENOVAR CREDITOS	
RANGO O PLAZO	%
De 2 a 23 meses	50%
De 24 a 35 meses	40%
De 36 a 60 meses	30%
Crédito garantia solo hasta:	50%

CALCULO CAPACIDAD DE PAGO-LIBRANZA	
Sueldo	828.000
Menos 4% de salud y 4% de pensión	66.240
Salario neto a recibir	761.760
Valor mínimo debe recibir el trabajador	380.880

MONTOS DE CREDITO AÑO 2019	
COOPIYA CAJA	$828.000 Devenguen 1 SMLV
COOPIYA CAJA	$1.242.000 Devenguen 2 SMLV
ASOCIADO NUEVO	$1.242.000 Devenguen 1 SMLV
ASOCIADO NUEVO	$2.070.000 Devenguen 2 SMLV

CENTRALES DE RIESGO, CIRCULAR EXTERNA 001/2009 SUPERSOLIDARIA
Consulta de todos los creditos, previa autorización del asociado, a excepción de aquellos que no superen el valor de los aportes
CONDICIONES REPORTE NEGATIVO A CENTRALES DE RIESGO
Descuento del crédito por nómina
No este reportada por montos superiores a 5 SMLV
Paz y salvo de la obligación reportada - Autorización para cancelar obligación (es) reportadas.

PARA CREDITOS - COOPICARTERA
Plazo hasta 48 meses montos hasta $5.000.000
Plazo hasta 60 meses montos superen $5.000.000

PARA CREDITOS - COOPIFACIL	
Plazo hasta 48 meses montos hasta	$10.000.000
Plazo hasta 60 meses montos superen	$10.000.000

PARA CREDITOS CON GARANTIA REAL
HIPOTECA: 60% Avalúo catastral - Recibo de pago impuesto predial - Certificado de tradición y libertad y copia de las escrituras
VEHICULO: 60% Nuevo y 50% Usado (5 años de vejez - revista motor) - Recibo de impuesto de vehículo, certificación de antecedentes de entidad competente y copia de la tarjeta de propiedad

FGA: $4.141.000 y autorizado por Gerencia hasta $20.700.000

SE EXIGE COODEUDORES	
CREDITOS SUPERIORES A LOS APORTES Y HASTA 15 SMLV	1 DEUDOR
CREDITOS SUPERIORES A 15 SMLV	2 DEUDORES

NOTAS:

- Cupo crédito sumada todas las líneas de crédito, será de 5.5 los aportes sin superar los 120 SMLV
- Se pueden realizar abonos a capital a los créditos siempre y cuando el valor sea superior a 2 cuotas del crédito
- El deudor y deudores solidarios deben encontrarse al día en sus obligaciones con COOPICBF
- Un asociado solo puede acodeudar 3 créditos y estos no deben superen los 60smlv (2019- $49.700.000)
- Para créditos superiores a $20.000.000 adicionar certificado libertad si posee vivienda propia.
- Las solicitudes de crédito deben venir totalmente diligenciadas, en tinta negra tanto el formato como huellas. Pagaré, carta de autorización, formato de FGA solamente firma y huella.
- Créditos superiores a $30.000.000 deben anexar formato de póliza de seguro.
- La gerencia está autorizada por estatutos aprobar desembolsos hasta 100 SMLV (2019- $82.812.000) si pasa este monto el crédito pasara a Consejo de Administración..

Beneficios

Lo mejor para alcanzar tus sueños

- **Dueño y gestor de coopicbf**.
- **15 líneas de créditos**.
- **Tasas de interés del 7 al 15% efectivo anual**.
- **Crédito desde el primer mes** de aprobada su vinculación y previo descuento por nómina de la cuota de afiliación, aportes y fondos sociales.
- **Anualmente se proporciona Bienestar y recreación al asociado**.
- **Consulta de su estado de cuenta vía web**. (*WWW.COOPICBF.COM)*. Importante tener en cuenta que los valores del saldo de capital del crédito no incluyen los intereses corrientes ni de mora causados.
- **Consulta e impresión de tu certificado tributario vía web**.
- **Coopicbf asume las comisiones y 4 por mil** de todas las transacciones.
- **No se cobran costos administrativos** por el estudio del crédito.
- **Utilización de mensajes de texto**.
- **Coopicbf asumes los costos de consulta a centrales de riesgo**.
- **Convenio con el fondo de garantías (FGA)** en caso de no tener deudor solidario.
- **Descuentos especiales** en el uso de convenio de servicios a cero (0) tasa de interés.
- **Formas de pago de los servicios en convenio:** En el caso de seguros, medicina prepagada y Spa, el pago se realiza por nómina. Para los demás convenios se puede realizar directamente al proveedor o mediante un crédito de COOPICBF (Sujeto a estudio y cupo crédito) autorizando el desembolso directo al proveedor. Los convenios de recreación deben ser reservados con anterioridad.
- **Auxilios otorgados directamente por coopicbf**

Clases de Auxilios

Auxilio por accidente de 1 SMLV con incapacidad mayor a 30 días cubre núcleo familiar y al asociado.

Requerimientos:

** Oficio firmado solicitando el auxilio e indicando datos de su cuenta bancaria, correo electrónico y celular de contacto.*
** Incapacidad expedida por la E.P.S o ARP correspondiente.*
** Resumen de la historia clínica.*
** Fotocopia del documento de identidad del asociado y del familiar.*
** Registro civil de matrimonio, si el auxilio es por el cónyuge.*
** Declaración extra juicio de unión marital de hecho actualizada, si el auxilio es por él(la) compañero(a) permanente.*
** Registro civil de nacimiento del (la) hijo(a), si el auxilio es para uno de los hijos.*
** Registro civil de nacimiento del asociado, en el caso de accidente de padre o madre.*

Auxilio por fallecimiento: de 1.5 smlv cubre al núcleo familiar.

Requerimientos:

** Oficio firmado solicitando el auxilio e indicando datos de su cuenta bancaria, correo electrónico y celular de contacto.*
** Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asociado.*
** Fotocopia de la cédula de ciudadanía del familiar fallecido.*
** Copia del certificado o registro de defunción.*
** Registro civil de nacimiento donde conste el lazo de consanguinidad.*
** Registro civil de matrimonio, si el fallecido(a) es el cónyuge o Declaración extra juicio de unión marital de hecho actualizada, si el(la) fallecido(a) es el(la) compañero(a) permanente.*
** Registro civil de nacimiento del(la) hijo(a), si el(la) fallecido(a) es un hijo.*

Requisitos para tener derecho al auxilio:

** Estar al día con sus obligaciones económicas con la COOPICBF.*
** Tener como mínimo tres (3) meses de afiliado.*
** solicitados dentro de los seis (6) meses siguientes a la ocurrencia del hecho, posterior a este tiempo prescribirán.*
** núcleo familiar cubierto este compuesto por: compañero(a) permanente, Padres del asociado, hijos hasta los 18 años de edad, hijos con limitaciones físicas o mentales sin límite de edad.*

Seguros en Beneficio del Asociado

Coopicbf Ofrece protección al asociado con una póliza colectiva de vida, aportes y deuda con suramericana que permite tener coberturas de diferentes soluciones como **Vida, Incapacidad Total y Gastos Funerarios.**

Seguro de vida por muerte por cualquier causa, Invalidez desmembración e inutilización por accidente o enfermedad cubre $4.000.000, y por enfermedades graves $2.000.000 sujeto a condiciones de la aseguradora.

Seguro de aportes sociales, todos los aportes están 100% amparados. (monto máximo de cubrimiento por asociado $50.000.000).

Vida. Saldo de Aportes a la fecha del fallecimiento.
ITP. Saldo de Aportes a la fecha de la declaración de Invalidez.
Gastos Funerarios $2.000.000.

Todos los créditos están 100% amparados. se garantiza que si la persona fallece ó se incapacita de forma total o permanente, el saldo de la deuda se cancela, evitando así, por un lado, dificultades de la entidad para recuperar su dinero y por el otro lado dejarles a los herederos cuentas por pagar.

Vida. Saldo de la deuda a la fecha del fallecimiento.
ITP. Saldo de la deuda a la fecha de la declaración de Invalidez.
Gastos Funerarios $2.000.000

COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

Servicios

No cobramos intereses y tenemos convenios especialmente para usted

Convenios

- Seguros: De vida, todo riesgo vehículos, vivienda hogar con Suramericana y Mapfre.
- Soat. Con Suramericana.
- Seguros funerarios: Con Olivos, Mapfre, Coorserpark, Jardines de Esperanza s.a. Bucaramanga, jardines de paz de Santa Marta ltda.
- Medicina prepagada. Con Colsanitas y Medisanitas.
- Medicina planes complementarios. Sanitas - Sura.
- Salud oral. con Odontódlos, a Uno Dental Color.
- Salud visual. Con Centro Ocular Doctor Rincón.

Alianzas

- Agencia de viajes y turismo nacional e internacional.
- Educativos. Con Universidad la CUN, Open English.

Canales de pago

PSE, vía web *(www.coopicbf.com).*
Tanto para asociados como para hogares infantiles.

Se debe tener en cuenta al cancelar que los valores no incluyen intereses de mora, el asociado debe llamar el día que va a realizar el pago para pedir el valor a cancelar.

Banco BBVA
Cuenta corriente empresarial
No. 310-06930-7

Banco Davivienda
Cuenta corriente empresarial
No. 47436-9999-773

Banco Popular.
Cuenta corriente empresarial
No. 160-20855-9

Banco Agrario.
Cuenta corriente empresarial
No. 0023-0011585-0

Banco Coopcentral.
Cuenta corriente empresarial
No. 219250048.

En el caso del **Banco Agrario** enviar consignación al correo *coopicbftesoreria@hotmail.com*, en el banco popular no efectuar consignación por el grupo aval, no existe convenio de recaudo.

Contactos

Soluciona tus necesidades

Correos:

Gerencia: carleo9@hotmail.com
Secretaria: secretariacoopicbf@hotmail.com
Servicio: coop.icbf@icbf.gov.co
Créditos: coopicbf_credito@hotmail.com y coopicbfcredito@hotmail.com
Cartera y/o cobranzas: coopicbf_cobro@hotmail.com
coopicbfauxcartera@hotmail.com
Tesorería: coopicbftesoreria@hotmail.com
Descuentos: coopicbfdescuentos@hotmail.com
Sistemas: coopicbf@gmail.com
Contabilidad: cruzr1079@hotmail.com

También puedes obtener información con su delegado o auxiliar de cada regional

Regional Bogotá: coopicbfbogota@gmail.com
*Regional Cesar:*karinmanmari07@gmail.com
*Regional Magdalena:*coopicbfmagdalena@gmail.com
*Regional Guajira:*coopicbf.guajira@gmail.com
Regional Arauca: araucacoopicbf@gmail.com
*Regional Santander:*auxiliarcoopicbfsantader@icbf.gov.co
Regional Norte de Santander: coopicbf.nortedesantander@outlook.com
*Regional Bolivar:*Coopicbf_bolivar@hotmail.com

COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

Visitenos en...

www.coopicbf.com

Mayor información con su delegado regional,
o en nuestra sede principal:

Av.Calle 53 No. 59-15
Barrio La Esmeralda - Bogotá
Teléfonos 3004135 – 8050849 - 8050927
Celulares: 3123069680 – 3123069692 - 3104773471

Recuerda.....

- Teniendo tus datos actualizados estarás enterado de los servicios que tenemos para ti.
- En la pagina web *(www.coopicbf.com)* puedes :
  Descargar los formatos de afiliación, créditos, consulta de estado de cuenta, simulación de créditos.
  Consultar toda la reglamentación vigente, estatutos, código de buen gobierno, reglamentos y acuerdos.
  Efectuar pagos Pse, tanto para asociados como para hogares infantiles.Estar enterado de nuestro portafolio de servicio
- Todos los descuentos se realizan a través de nómina. Ley de libranza 1325 de abril 27/12
- Canales de comunicación: mensajes de texto, vía telefónica, correo electrónico o También puedes seguirnos por Facebook o en twiter como *COOPICBF*

Síganos en Facebook y en twitter
encuéntrenos como ***COOPICBF***

COOPICBF COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR	COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF"			
	AFILIACION_____	**ACTUALIZACION DATOS**_____	FECHA RADICACION	

Para nosotros es muy importante conocerlo, es por esto que en el siguiente formulario hemos recogido la información de mayor importancia para ofrecerle productos y servicios pensados en su bienestar. Recuerde que toda la información que usted nos suministre está sujeta a verificación.

INFORMACION PERSONAL

Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:	
Numero Cédula:	Fecha expedición:	Lugar de expedición:	
Fecha de Nacimiento	Lugar de nacimiento	Género: F____M_____	Cabeza familia: si___No____
Estado civil: Soltero:_casado viudo _____separado_____Unión libre_divorciado____	Numero hijos 1___2____3___mas___	Ultimo Nivel de estudios Titulo_____	Estrato: 1___2____3____4___
Dirección residencia:	Ciudad: / Departamento:	Dirección oficina: / Ciudad: / Departamento:	Tipo Vivienda: propia: _____ arriendo_____familiar_____ / Tipo contrato:
Regional_____ Centro Zonal_____ Dependencia_____	Hogar infantil_____ Cargo_____	Celular: _____ Teléfono casa:_____teléfono oficina_____ Email: _____	Envió correspondencia: Email_____ residencia____oficina_____
Declara renta: Si_ No_	Administra recursos públicos: Si___No___	Tiene reconocimiento público: Si_No_	Es usted persona públicamente expuesta (PEPS): Si_____No_____
Realiza operaciones moneda extranjera: Si_____No_____	Posee cuentas en el exterior: Si	Tipo de actividad: Importaciones_____Exportaciones_____ Inversiones___otros_____	
Nombre Cónyuge o compañero permanente_____	Direccion:_____Celular_____Fijo_____ Email_____		

Referencias: Familiar: Nombre y apellidos_____Parentesco_____Celular_____Email_____

Personal: Nombres y apellidos_____Parentesco_____Celular_____Email_____

Plan auxilios: Fallecimiento o accidentes incapacidad mayor 30 días para asociado, cónyuge o compañero permanente, hijos menores 18 años, padres, hijos discapacitados sin límite de edad.

Plan Seguros: aportes, deuda y vida. Caso de mi fallecimiento mi voluntad es que los seguros y mis aportes sean entregados a:

Nombre y apellidos	Cedula	Parentesco	Nombre y apellidos	Cedula	Parentesco
1._____	_____	_____	1._____	_____	_____
2._____	_____	_____	2._____	_____	_____
3._____	_____	_____	3._____	_____	_____
4._____	_____	_____	4._____	_____	_____

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos mensuales: $ _____ Gastos mensuales: $_____	vehículo	1.Marca_____Modelo_____Vr Impuesto_____pignorado_____ 2.Marca_____Modelo_____Vr impuesto_____pignorado_____
Activos $_____ Obligaciones $_____	Bienes raíces	1. Vr. impuesto_____hipotecado: Si___No___Matrícula_____ 2. VR impuesto_____Hipotecado: Si___No___Matrícula_____

CIRCULAR BASICA JURIDICA 04/08, CIRCULAR EXTERNA 001/09 , CIRCULAR EXT 06/15, CIRCULAR 04/17 , LEY 1581/12 DECRETO 13177/13 , DECRETO 090/18

EN CASO DE AFILIACION ANEXAR: FOTOCOPIA CEDULA DE CIUDADANIA, DESPRENDIBLE DE PAGO O COPIA DEL CONTRATO LABORAL O CERTIFICACION LABORAL

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

SOLICITUD DE CRÉDITO

Radicado No.	Recepción No.

Ciudad y Fecha _____ Regional y/o Hogar Infantil _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y apellidos: _____ Identificación: _____
Fecha de expedición de la cédula: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Lugar de Expedición: _____
Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Estado civil: _____ Sexo: M _____ F _____
Dirección de residencia: _____ Ciudad _____
Estrato: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
Vivienda: Propia: ____ Arriendo: ____ Familiar: ____ Otra ____ cual? _____
Personas a cargo: _____ Nombre del conyugue: _____
Teléfono Conyugue: _____ Correo Electrónico _____

MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO

Asociado nuevo ____ Ordinario ____ Garantía real ____ Coopiya ____ Coopifacil ____ Pignoración ____ Servicios ____
Impuestos ____ Recreación ____ Educación ____
Monto solicitado $ _____ Plazo _____ (meses) Forma de pago: Nómina _____ Ventanilla _____
Pagos con bonificación y/o primas: SI _____ NO _____ Número _____ Valor$ _____ C/u.
Destinación del crédito: Mejoras de vivienda _____ Vehículo _____ Consumo _____ Educación _____
Impuestos _____ Otros _____
Garantía ofrecida: Deudor(es) solidario(s) _____ Aportes _____ Prenda _____ Hipoteca _____

AUTORIZACIÓN (Seleccione como desea el desembolso)

1. Abonar a Cuenta propia No. _____ Banco _____ Ahorros _____ Corriente _____
2. Pago Masivo BBVA _____ Cheque _____
3. Abono a cuenta de tercero No. _____ Banco _____ Ahorros _____ Corriente _____
(Anexar autorización firmada por el asociado y el titular de la cuenta, **con números de cédula**)

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Teléfono: _____ Sueldo: _____ Fecha de Vinculación: _____
Tipo de Contrato:
Carrera administrativa _____ Supernumerario _____ Provisional _____ Contratista _____ Pensionado _____
Termino indefinido: _____ Termino fijo inferior a 1 año _____ Independiente _____

INGRESOS MENSUALES

Sueldo o mesada pensional: _____
Honorarios : _____
Arrendamientos : _____
Otros Ingresos : _____
TOTAL INGRESOS : _____

EGRESOS MENSUALES

Cuota de vivienda o arriendo: _____
Cuota descuento Coopicbf : _____
Gastos Familiares : _____
Otros gastos : _____
TOTAL EGRESOS : _____

PATRIMONIO

BIENES RAÍCES

Matrícula Inmobiliaria No: _____
Valor comercial: _____
Hipoteca: SI ____ NO ____
Valor Hipoteca: _____
Patrimonio Familiar: Si ____ NO ____

VEHÍCULO

Marca: _____
Modelo: _____
Placa: _____
Valor comercial: _____
RUNT No. _____
Pignorado: SI ____ NO ____
Valor Pignoración: _____

DEUDAS

ENTIDAD	SALDO A LA FECHA	VALOR CUOTA MENSUAL

INFORMACIÓN DEUDOR SOLIDARIO

DATOS	DEUDOR SOLIDARIO	DEUDOR SOLIDARIO
Nombres y Apellidos		
Identificación		
Regional y/o Hogares Infantiles		
Cargo		
Tipo de Contrato		
Sueldo Mensual		
Dirección Residencia		
Teléfono Residencia		
Correo Electrónico		
Ciudad de Residencia		
Ingresos Mensuales		
Gastos Mensuales		
Valor vivienda y/o vehículo		
Deudas Totales		

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

POR _____ **PAGARE A LA ORDEN**

Nosotros _____

_____, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, nos declaramos deudores solidarios de la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" y prometemos pagar, solidaria e incondicionalmente a su orden, la suma de _____ ($_____) moneda corriente, dinero que hemos recibido a entera satisfacción y a título de mutuo, junto con los intereses pactados, así como las costas y gastos en caso que llegare a ser reclamada la deuda por vías prejurídicas o jurídicas.

Nos obligamos a pagar a la citada COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" o a su orden, en la ciudad de _____, en _____ (_____) cuotas consecutivas mensuales iguales, siendo la primera el _____ (_____) del mes de _____ de _____, y así sucesivamente hasta amortizar totalmente el crédito y sus intereses.

Sobre la cantidad recibida a título de mutuo o sobre los saldos pendientes de pago, reconoceremos y pagaremos intereses de plazo a la tasa del _____ Por ciento (_____%) mensual, pagaderos en las mismas cuotas fijadas.

En caso de mora, durante ella y mientras subsista, reconoceremos y pagaremos intereses moratorios sobre los saldos de capital de cada cuota vencida y sobre el saldo final, en el evento que se haya hecho exigible la obligación, a la tasa máxima permitida por la Superfinanciera o la entidad que esa función tenga a cargo, sin perjuicio de las acciones legales que pueda ejercer la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" o quien sus derechos represente.

Aceptamos desde ahora cualquier cesión o endoso que de este pagaré hiciere la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF".

CLAUSULA ACELERATORIA: Autorizamos expresamente a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", para declarar vencido el plazo pendiente de esta obligación y exigir el pago inmediato del saldo insoluto de capital e intereses, seguros, etc. judicial o extrajudicialmente en caso que uno o todos los firmantes: a) Incumpliese o entrase en mora en el pago de una o más cuotas, de las aquí previstas. b) Incumpliese el pago oportuno de una o más cuotas mensuales de otras obligaciones a favor de la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF". c) Fuese demandado o le fuesen perseguidos o embargados bienes en ejercicio de cualquier acción. d) Fuese declarado en estado de liquidación forzosa, sometido a liquidación voluntaria, concordato, concurso de acreedores, reestructuración económica. e) Fuese incumplida de la correcta inversión de los recursos provenientes de este mutuo. Como consecuencia se producirá de hecho el vencimiento total del saldo de la obligación y deberemos satisfacerla totalmente, reconociendo desde esa fecha intereses moratorios a favor del acreedor o tenedor de este título valor a la tasa máxima permitida por la Superfinanciera o la entidad que haga sus veces.

En caso que la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" tuviera que iniciar acciones judiciales o extrajudiciales para hacer efectivas las obligaciones derivadas del presente pagaré, serán de nuestro cargo exclusivo todos los gastos de cobranza.

Para garantizar el pago de las obligaciones de este título valor damos como garantía y en caso de incumplimiento de ellas, de hecho autorizamos que los aportes que poseemos en la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" sean aplicados a esas obligaciones. Desde yá, los deudores solidarios aceptamos las prórrogas, reestructuraciones, novaciones, refinanciaciones o cambio de fecha de amortización.

De la misma manera los firmantes aceptamos y autorizamos al pagador de la entidad a la que estemos vinculados, se produzcan los descuentos por nómina necesarios para el cumplimiento de esta obligación y para que se sirva trasladar esos dineros a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR " COOPICBF" .

El impuesto de timbre que se cause por el otorgamiento de este título valor, será cargo exclusivo de los deudores.

Declaramos excusado el aviso de protesto de este pagaré, su presentación para el pago y la noticia del rechazo para los efectos que trata el Código de Comercio. Autorizamos a COOPICBF para que este pagaré sea destruido, una vez sea cancelada la obligación que respalda.

En constancia de la aceptación del contendido de este pagaré, se firma en la ciudad de _____, hoy, a los _____ (_____) días del mes de _____ de _____.

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
C.C. _____ De _____	C.C. _____ De _____	C.C. _____ De _____
Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____	Teléfono: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____	Ciudad: _____
Deudor	**Deudor Solidario**	**Deudor Solidario**
Indice Derecho	Indice Derecho	Indice Derecho
Firma Deudor	**Firma Deudor Solidario**	**Firma Deudor Solidario**

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

FECHA_____

AUTORIZACION DE LIBRANZA O DESCUENTO POR NOMINA
PARA EL ASOCIADO

Señores:

_____ (Nombre de la Empresa)

Asunto: Autorización de Descuentos y pago a terceros

Por medio de la presente y conforme a la Ley 1527 de 2012, Yo,_____, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de _____,Identificado con la cedula de ciudadanía No._____ autorizo expresa e irrevocablemente para que del sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales o de cualquier suma de la cual sea acreedor, aun en el evento de encontrarme disfrutando de vacaciones o licencias, me sea descontada la suma de $_____en _____cuotas mensuales de $_____, correspondientes a la línea de crédito_____ del que soy deudor ante la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF".

A su vez autorizo a que descuenten los siguientes términos fijos y/o bonificaciones semestrales durante la vigencia de este crédito:

FECHA	VALOR

FECHA	VALOR

Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a la Entidad pagadora que de las sumas descontadas mensualmente en los términos aquí establecidos sean giradas directamente y entregadas en forma mensual a la COOPICBF dentro de los términos fijados para el efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si la empresa a la cual me encuentro vinculado no descuenta y no paga a COOPICBF el valor de las cuotas mensuales de los respectivos créditos, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota mensual y eventuales intereses de mora a través de las acciones de COOPICBF.

También autorizo a la empresa pagadora a descontar de mi salario, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo derecho, el saldo del crédito(s) mencionado y los intereses de mora que hubiere lugar, en caso de que llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa.

Finalmente declaro que conozco los Estatutos, reglamentos de aportes y créditos y reglamento de cobranzas y su aceptación para lo cual me acojo a ellos incluso asumiendo que la entidad pagadora solo es un canal de pago y que la administración de los productos se realizara directamente por los canales establecidos por COOPICBF.

Atentamente,

DEUDOR	DEUDOR SOLIDARIO	DEUDOR SOLIDARIO
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
C.C. _____	C.C. _____	C.C. _____
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

PARA LA EMPRESA Y/O ENTIDAD PAGADORA

Salario mensual $_____ Tipo de Contrato: _____

De acuerdo con la autorización de nuestro funcionario y de acuerdo a la Ley 1527 de 2012, efectuaremos los descuentos ordenados en la presente comunicación, los cuales no podrán exceder los $_____(valor máximo de descuento) mensuales y procederemos a girar a COOPICBF los valores descontados conforme a la novedad entregada por la entidad.

Firma del funcionario autorizado por la empresa:	Nombre:

Ciudad_____Fecha_____

Señores
PAGADURÍAS ICBF.
Bogotá, D.C.

REFERENCIA: FORMATO DE AUTORIZACION DE DESCUENTOS PARA CONTRATISTAS ICBF.

Apreciados Señores,

Por la presente y atendiendo a lo dispuesto en la Ley 1527 de 2012 ***"Por Medio De La Cual Se Establece Un Marco General Para La Libranza O Descuento Directo Y Se Dictan Otras Disposiciones"***, me permito, de manera expresa e irrevocable, autorizarlos para descontar de los pagos mensuales de los honorarios a que tengo derecho por concepto del contrato #_____ que inicia el___,___,___ y termina el ___,___,___, de la prestación de mis servicios al ICBF, las sumas que la Cooperativa Multiactiva de Bienestar Familiar "COOPICBF" identificada con el NIT.#860.044.534-0, manifieste deberle por concepto de cuotas de aportes, fondos, prestamos y otros conceptos, de conformidad con la relación mensual o novedad que dicha Cooperativa les presente para el efecto.

Cordialmente,

_____.
Firma del Asociado COOPICBF

Nombre del Asociado:_____.

No. Cedula de Ciudadanía: _____ expedida en _____.

Cuenta Bancaria #_____ del Banco _____.

Direccion:_____.

Teléfono:_____.

Correo electrónico:_____.

FGA FONDO DE GARANTÍAS S.A.
ANEXO No. 1
AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y GASTOS DE COBRANZA

Yo, _____, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente, expresa y libremente acepto la garantía de FGA Fondo de Garantías S.A. (en adelante FGA) para respaldar la operación aprobada por _____ ---------- (en adelante otorgante de crédito), y me obligo a pagar la comisión de la garantía más el IVA, sin lugar a devolución o reintegro por prepago de los créditos.

Igualmente declaro conocer la garantía que concede FGA en favor del otorgante del crédito, y en caso de incumplir la obligación a mi cargo soy consciente que FGA pagará al otorgante del crédito el porcentaje pactado y, en consecuencia, operará en su favor la subrogación legal por activa, permitiendo recobrar el valor pagado, momento a partir del cual se generarán intereses de mora y gastos de cobranza según el reglamento del FGA publicado en la página www.fga.com.co.

Así mismo, reconozco que el pago que llegare a realizar FGA no extingue parcial, ni totalmente mi obligación.

Declaro que toda la información depositada en el presente documento es cierta, veraz y verificable.

De igual manera, autorizo expresa e irrevocablemente a FGA para que:

1. Remita vía correo electrónico cualquier tipo de información y/o comunicación, y en especial la notificación previa que trata el artículo 21 de la ley 1266 de 2008 y/o cualquier norma que la modifique o adicione.
2. Autorizo irrevocablemente al otorgante del crédito para entregar a FGA toda la información relacionada con la operación aprobada.
3. Autorizo irrevocablemente a FGA, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para que consulte, reporte, actualice, procese o divulgue la información de mi comportamiento crediticio a cualquier operador de información autorizado.
4. Adicional a lo anterior autorizo a FGA de conformidad a la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas que las modifiquen o adicionen, que toda la información personal que he suministrado puede ser objeto de disposición, uso, actualización, procesamiento, almacenamiento, recolección, exclusión o intercambio, en desarrollo de su objeto social mediante actividades llamadas, correspondencia física, correos electrónicos, mensajes de texto o cualquier otro medio afín.

Así mismo, de acuerdo con el procedimiento para el tratamiento de los datos personales, autorizo a FGA a usar legalmente mi información, en procura de cumplir con las siguientes finalidades:

a) Facilitar el desarrollo de las obligaciones adquiridas a favor del FGA, tales como facturaciones, gestiones de cobro, recaudo, verificaciones, consultas, reportes, control, comportamiento, medios y hábito de pago.
b) Conocer información del titular del dato que repose en centrales de información crediticia o en operadores de bancos de datos sobre información financiera, crediticia y comercial a que se refiere la Ley 1266 de 2008.
c) Reportar datos sobre el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones dinerarias del titular del dato ante las centrales de información crediticia.
d) Consultar la información del titular del dato que repose en bases de datos de entidades públicas o privadas.
e) Dar tratamiento y respuestas a las solicitudes, quejas y reclamos presentados a FGA.
f) Proporcionar, actualizar y facilitar el tratamiento de los productos, servicios y demás relaciones que tuvo, tiene o tendrá el Titular y FGA.
g) Cualquier otro propósito que se requiera con ocasión de las actividades propias de FGA.

Toda la política de tratamiento de datos personales relacionada con este documento está publicada en la página web de FGA: www.fga.com.co

Declaro haber leído el contenido del presente documento y haberlo entendido a cabalidad, y como constancia de aceptación se suscribe el día ___ mes ____ año_____

FIRMA DEUDOR:		**FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:**	
Nombre:		Nombre:	
Identificación:		Identificación:	
Teléfono:		Teléfono:	
Dirección:		Dirección:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud

☐ Plan Vida Integral Contributivo ☐ Plan Vida Integral No Contributivo ☐ Plan Vida Clásico Contributivo ☐ Plan Vida Clásico No Contributivo ☐ Plan Vida Deudores ☐ Plan Vida Familiar

☐ Póliza Nueva ☐ Ingreso ☐ Modificación ☐ Renovación

Porcentaje de crecimiento ☐ SI ☐ NO %

Forma de pago prima ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Sistema de ajuste ☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) ☐ Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos) | Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☐ NIT			☐ Pública ☐ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.			☐ F ☐ M	

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular

Dirección Correspondencia	Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).

(** El asegurado principal y su grupo asegurado deben tener los mismos amparos).

Valor Solicitado Amparo de Vida

Asegurado Principal $ _____

Cónyuge $ _____

Hijos $ _____

Hermanos $ _____

Otros $ _____

Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____

Amparos Vida Grupo Coberturas

☐ Incapacidad Total y Permanente

☐ Indemnización Adicional por Muerte Accidental — Valor Asegurado $

Lesiones con armas ☐ Si ☐ No

☐ Enfermedades Graves _____ %

☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) — Valor Asegurado $

☐ Bono Canasta (pago único) — $

☐ Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo $250.000.000)

Amparos Adicionales Coberturas

Accidentes Personales

☐ Muerte Accidental — Valor asegurado $

☐ Invalidez Accidental — Lesiones con armas ☐ SI ☐ NO

Renta

☐ Renta Diaria por Hospitalización — Valor asegurado $

Tipo de Renta ☐ cerrada ☐ abierta

EPS _____

Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ☐ SI ☐ NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) $ _____

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.							
2.							
3.							
4.							

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

(**Otros asegurados deben diligenciar el formato especifico F-02-83-125)

Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Tipo	Identificación Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del miocardio ☐ Arritmias ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)

☐ Derrames ☐ Isquemia o trombosis cerebral ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis Crónica ☐ Cáncer ☐ Leucemia ☐ Lupus ☐ Tumores malignos ☐ SIDA o VIH positivo

☐ Insuficiencia Renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artritis reumatoidea ☐ Diabetes ☐ Pancreatitis ☐ Hepatitis B o C ☐ Cirrosis ☐ Retardo mental ☐ Transtornos psiquiátricos

☐ Colitis ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis ☐ Deformidades corporales ☐ Ceguera ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna ☐ Pérdida funcional o anatómica

☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ ☐ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: ☐ Alcoholismo ☐ Drogadicción

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

Ciudad y fecha

Señores
COOPICBF
Bogotá

ASUNTO: RETIRO

De manera atenta yo, _____
(Nombre del asociado)
identificado(a) con cedula de ciudadanía No. _____, manifiesto mi decisión de retirarme de COOPICBF, a partir del mes de _____. Informo que el último mes en que me realizaron descuentos por nomina o pagué aportes por caja fue _____. El motivo de mi retiro es : _____.

Los datos para el desembolso en la cuenta bancaria que figura a mi nombre son:

Banco: _____
Tipo de cuenta: Ahorros _____ / Corriente _____
Número de cuenta: _____
Mis datos de contacto son:
Dirección y ciudad : _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____

Por ultimo manifiesto conocer que en cumplimiento de la Circular Básica Contable mi retiro No puede ser negado, pero que para el reembolso de mis aportes existen las siguiente condiciones:

1. Manifestarlo por escrito diligenciando este formato con mi firma, el cual enviare escaneado al correo Coop.Icbf@icbf.gov.co o entregare en físico en las oficinas de la cooperativa
2. Que mis aportes sean superiores a la deuda (en caso de que la llegara a tener)
3. Si soy deudor solidario, mis acodeudados deben reemplazarme con los documentos que se requieran para este efecto.
4. Que la devolución total de mis recursos está sujeta a que mi empleador pague y reporte a Coopicbf el ultimo mes de aportes y otras obligaciones que tuviera con Coopicbf.
5. Que los retiros se aprueban los días 15 y 30 de cada mes y posterior a esa fecha, de 15 a 90 días como máximo, me serán reintegrados los valores a mi favor, pleno cumplimiento de los puntos anteriores.

Atentamente,

_____
Firma del asociado