

 <b>COOPICBF</b> <small>COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR</small>	<b>COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF"</b>		
	<b>AFILIACION</b> _____	<b>ACTUALIZACION DATOS</b> _____	<b>FECHA RADICACION</b> _____

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:	Dirección oficina:	Ciudad:	Tipo Vivienda: propia: ___ arriendo ___ familiar ___	
	Departamento:		Departamento:	Tipo contrato:	
Regional _____	Hogar infantil _____	Celular: _____		Envió correspondencia:	
Centro Zonal _____	Cargo _____	Teléfono casa: _____ teléfono oficina _____		Email _____	
Dependencia _____		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 ___ No ___	Tipo de actividad: Importaciones ___ Exportaciones ___ Inversiones ___ otros ___			
Nombre Cónyuge o compañero permanente _____	Dirección: _____ Celular _____ Fijo _____ Email _____				
<b>Referencias:</b> Familiar: Nombre y apellidos _____ Parentesco _____ Celular _____ Email _____					
Personal: Nombres y apellidos _____ Parentesco _____ Celular _____ Email _____					
<b>Plan auxilios:</b> Fallecimiento o accidentes incapacidad mayor 30 días para asociado, cónyuge o compañero permanente, hijos menores 18 años, padres, hijos discapacitados sin límite de edad.			<b>Plan Seguros:</b> aportes, deuda y vida. Caso de mi fallecimiento mi voluntad es que los seguros y mis aportes sean entregados a:		
<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Cedula</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Cedula</b>	<b>Parentesco</b>
1. _____	_____	_____	1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____

### INFORMACION FINANCIERA

Ingresos mensuales: \$ _____	vehículo	1. Marca _____ Modelo _____ Vr Impuesto _____ pignorado _____			
		2. Marca _____ Modelo _____ Vr impuesto _____ pignorado _____			
Gastos mensuales: \$ _____	Bienes raíces	1. Vr. impuesto _____ hipotecado: Si ___ No ___ Matrícula _____			
Activos \$ _____		2. VR impuesto _____ Hipotecado: Si ___ No ___ Matrícula _____			
Obligaciones \$ _____					

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

