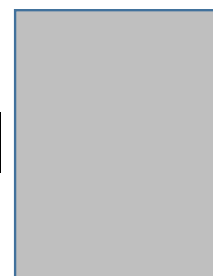


20____/____



FOTO

SOLICITUD ASOCIACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS:		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		
NIVEL DE ESTUDIOS: PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/>		PROFESION:
DIRECCIÓN RESIDENCIA: ESTRAT <input type="checkbox"/> PROPI <input type="checkbox"/> FAMILIA <input type="checkbox"/> ARRENDAD <input type="checkbox"/>		
BARRIO:	CIUDAD/DEPARTAMENTO:	TELÉFONO:
CELULAR:	E.MAIL:	

ACTIVIDAD ECONÓMICA

OCUPACIÓN: EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>			
ACTIVIDAD:		INGRESOS MENSUALES \$	
EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	
CIUDAD:	CARGO:	TIPO DE CONTRATO:	ANTIGÜEDAD
DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: RESIDENCIA <input type="checkbox"/> EMPRESA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN CONYUGE

NOMBRES Y APELLIDOS:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	
OCUPACIÓN: EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>			
PROFESIÓN O ACTIVIDAD:			
EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	
CELULAR:	E.MAIL:		

REFERENCIA PERSONAL

NOMBRE:		E.MAIL:
CIUDAD:	DIRECCIÓN:	TELÉFONOS:

REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE:		E.MAIL:
CIUDAD:	DIRECCIÓN:	TELÉFONOS:

BENEFICIARIOS DE APORTES

NOMBRE	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	%

ANEXO

- *CERTIFICACIÓN LABORAL
- *REFERENCIA PERSONAL
- *REFERENCIA FAMILIAR

VALOR ASOCIACIÓN: \$	RECIBO DE CAJA NO. _____	VALOR ADMISIÓN:	RECIBO DE CAJA No. _____
----------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

COMO SE ENTERO DE LA COOPERATIVA: FAMILIA AMIGO CONOCIDO OTROS

Con la presente estoy solicitando se me admita como **ASOCIADO (A)** de la **COOPERATIVA MULTIACTIVA MILITAR Y POLICIAL COMIPOL** para lo cual manifiesto que acepto y me comprometo a cumplir con los estatutos, reglamentos y demás normas que regula la Cooperativa, al mismo tiempo hago manifestación expresa que los dineros que representan mis aportes provienen de mi actividad económica habitual y que proceden de actos lícitos realizados en el desarrollo de la profesión o labor que desempeño

Autorizo a **COMIPOL**, para que conserven la información aquí suministrada, me contacten con el fin de ofrecerme sus productos y servicios; y para que, con el fin de evaluar la posibilidad de otorgarme los mismos, consulten y procesen mi información ante las entidades de consulta de base de datos u operadores de Información y Riesgo. El resultado del análisis para acceder al producto, le será informado a través de alguno de los medios de contacto que nos ha suministrado.

SI NO

FECHA DE PRESENTACIÓN: _____	FIRMA: _____ C.C _____	HUELLA:
------------------------------	---------------------------	---------

FECHA DE APROBACIÓN _____	REVISIÓN _____ SOCIAL	GESTIÓN _____ GERENCIA
---------------------------	---------------------------------	----------------------------------