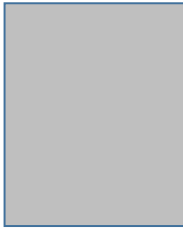




FECHA ASOCIACION

20\_\_\_\_/\_\_\_\_



FOTO

# SOLICITUD ASOCIACIÓN

## INFORMACIÓN PERSONAL

### DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS:		SEXO: F ____ M ____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
ESTADO CIVIL: SOLTERO: ____ CASADO: ____ UNION LIBRE: ____ SEPARADO: ____ VIUDO: ____		
NIVEL DE ESTUDIOS: PRIMARIA: ____ SECUNDARIA: ____ TÉCNICA: ____ UNIVERSITARIA: ____ PROFESION: ____		
DIRECCIÓN RESIDENCIA: ESTRATO ____ PROPIA ____ FAMILIAR ____ ARRENDADA ____		
BARRIO:	CIUDAD/DEPARTAMENTO:	TELÉFONO:
CELULAR:	E.MAIL:	

### ACTIVIDAD ECONÓMICA

OCUPACIÓN:		EMPLEADO: ____ INDEPENDIENTE: ____ PENSIONADO: ____ OTRA: ____
ACTIVIDAD:	INGRESOS MENSUALES \$	
EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
CIUDAD:	CARGO:	TIPO DE CONTRATO:
DIRECCION DE CORRESPONDENCIA:		RESIDENCIA: ____ EMPRESA: ____ OTRA: ____
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ____ NO ____ ENTIDAD: _____		

### INFORMACIÓN CONYUGE

NOMBRES Y APELLIDOS:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
OCUPACIÓN: EMPLEADO: ____ INDEPENDIENTE: ____ PENSIONADO: ____ OTRA: ____	
PROFESIÓN O ACTIVIDAD:	
EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCIÓN:
CELULAR:	E.MAIL:

### REFERENCIAS PERSONALES

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

### REFERENCIAS FAMILIARES

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

### BENEFICIARIOS DE APORTES

NOMBRE	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	%

**ANEXOS:**

\*FOTOCOPIA DE LA CEDULA: \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_  
 \*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

De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, usted podrá ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud a [www.comipol.com](http://www.comipol.com) Los datos personales que obtengamos serán utilizados, entre otros fines, en campañas de comunicación, divulgación y promoción de productos y servicios, investigación de mercados, análisis estadísticos, dicha información y datos personales serán procesados según las políticas de privacidad. Los datos personales se conservarán y manejarán con las medidas de seguridad que emplea **COMIPOL NIT. 900.052.579-1** para impedir su adulteración, pérdida y consulta no autorizada.

SI  NO

**Por su cargo o actividad**

- ¿Maneja recursos públicos? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- ¿Goza de reconocimiento público general? SI \_\_\_ NO \_\_\_
- Ejerce algún grado de poder público? SI \_\_\_ NO \_\_\_

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, por favor

especifique: \_\_\_\_\_

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta? SI \_\_\_ NO \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

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

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

APROBADA EN EL ACTA No \_\_\_\_\_

FSA /VER No 2 - 01/10/ 2022