



COOMULDENORTE
COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA

FORMATO

AFILIACIÓN AL FONDO SOCIAL MUTUAL

Código:

PGC-F-11

Versión:

4

Página:

1 de 1

Fecha de Afiliación:

Agencia:

Novedades:

Ingreso

Reingreso

Actualización

DATOS DEL AFILIADO

Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:						
C.C.	Correo Electrónico:			Teléfono:		Celular:						
Dirección Residencia:						Barrio:						
Ciudad / Municipio:			Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA		Lugar de Nacimiento:							
Ocupación:		Sexo M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: soltero <input type="checkbox"/>				casado <input type="checkbox"/>	unión libre <input type="checkbox"/>	separado <input type="checkbox"/>	divorciado <input type="checkbox"/>	viudo <input type="checkbox"/>

En caso de mi fallecimiento y de conformidad en el texto reglamentado por el Consejo de Administración según Acuerdo N° 117 del 05 Marzo del 2021 y sus modificaciones, en lo relacionado con el auxilio del fondo social mutual de "COOMULDENORTE" dejo como beneficiarios para el cobro del auxilio a:

	NOMBRE(S) Y APELLIDOS	TIPO DE ID	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	PORCENTAJE
1					
2					
3					
4					
5					

Si al momento de mi deceso los beneficiarios no son mayores de edad, los responsables para cobrar dicho aporte seran:

	NOMBRE(S) Y APELLIDOS	TIPO DE ID	IDENTIFICACIÓN	RESPONSABLE DE:

FORMA DE PAGO

Mensual

Semestral

Anual

Modalidad:

Libranza

Personal

El afiliado declara que ha leído, analizado, revisado y comprendido el reglamento del fondo social mutual y la asesoría brindada, aceptandola en su integridad.

OBSERVACIONES

1. Los pagos se registran en el sistema con periodicidad mensual.

Nombre de quien lo refirió:

Documento de Identificación:

FIRMA DEL AFILIADO

C.C. _____

