

*Asociación Colombiana de Oficiales
en Retiro Policía Nacional*



**FOTO
ACTUALIZADA**

(3X4)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

LUGAR Y FECHA: _____

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

CC. No. _____ DE _____ GRADO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ CORRE ELECTRÓNICO: _____

PROFESIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

TRABAJANDO: SÍ ___ NO ___ EMPRESA: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONOS: _____ FAX: _____

VIUDA: SÍ ___ NO ___

NOMBRE DEL OFICIAL: _____

CC. No. _____ DE _____ GRADO: _____

2. DATOS POLICIALES

CURSO: _____ No. _____ FECHA GRADO: _____

ESPECIALIDAD: _____ FECHA RETIRO: _____

NOMINA: CASUR _____ CAGEN _____ DIRECTO _____

AUXILIO MUTUO VOLUNTARIO CON ACORPOL: SI _____ NO _____

PRESENTADO POR: _____

FIRMA: _____ CC. No. _____ De _____

Considerado en Junta Directiva _____ Acta No. _____

ACEPTADO: SI ___ NO ___ PENDIENTE _____

NOTA: FAVOR ANEXAR FOTOCOPIA CEDULA DEL AFILIADO

*Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro
Policía Nacional*



3. DATOS FAMILIARES

NOMBRES Y APELLIDOS

1. ESPOSA (O) _____ CC. No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

2. HIJO (A) _____ TI. ___ Y/O CC. ___ No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

3. HIJO (A) _____ TI. ___ Y/O CC. ___ No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

4. HIJO (A) _____ TI. ___ Y/O CC. ___ No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

5. HIJO (A) _____ TI. ___ Y/O CC. ___ No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

6. MADRE _____ CC. No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

7. PADRE _____ CC. No. _____

DE _____ LUGAR Y FECHA NACIMIENTO _____

8. NOMBRE Y APELLIDO FAMILIAR CERCANO: _____

TELÉFONO: _____ CELULAR _____ DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro
Policía Nacional



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

LUGAR Y FECHA: _____

Yo, _____ de Grado _____
Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. _____ Expedida en _____,
AUTORIZO ampliamente a la Tesorería de ACORPOL, para que por Intermedio de la Pagaduría de _____ de mi asignación de retiro o pensión que percibo,
Se efectúen los siguientes descuentos reglamentarios:

DESCUENTOS:

- CUOTA DE SOSTENIMIENTO (Descuento mensual) **\$ 60.500**
- SUSCRIPCION AL PERIÓDICO (Anual) **\$ 30.000**
- CUOTA MENSUAL AFILIADO AUXILIO MUTUO VOLUNTARIO SI NO **\$ 60.500**
(Acuerdo 0237 del 6 de Julio de 2017)
- CUOTA EXTRAORDINARIA PARA ACTIVIDADES SOCIALES Y ANIVERSARIO INSTITUCIONAL. (Descuento mensual por siete meses) **\$30.300**

Autorizo que los anteriores descuentos y los valores que llegare a adeudar sean girados a favor de "ACORPOL".

FIRMA: _____

CC. No. _____ **de** _____

NOTA: El Salario Mínimo Mensual Legal Vigente del 2021 es de \$908.526
El Salario Mínimo Diario Legal Vigente es de \$30.284

Asociación Colombiana de Oficiales en Retiro
Policía Nacional



FOTO
ACTUALIZADA

(3X4)

FORMULARIO DE AFILIACION Y DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS
AUXILIO MUTUO VOLUNTARIO
ACUERDO N° 0237 de 6 de JULIO de 2016

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL AFILIADO (A): _____

CC. No. _____ DE: _____ GRADO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____ CEL: _____

NOMBRES CONYUGUE O COMPAÑERA PERMANENTE: _____

CC. No. _____ DE _____ TELS: _____

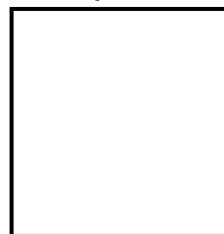
Por el presente documento de manera libre y espontánea y en mi calidad de afiliado al Fondo de Auxilio Mutuo de "ACORPOL" declaro que de conformidad con las normas reglamentarias vigentes, es mi voluntad designar como beneficiario(s) a la(s) siguiente(s) persona(s):

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TIPO DE DOCUMENTO	N° IDENTIFICACIÓN	PORCENTAJE %
1. _____	_____	CC_ TI_	_____	_____
2. _____	_____	CC_ TI_	_____	_____
3. _____	_____	CC_ TI_	_____	_____
4. _____	_____	CC_ TI_	_____	_____
5. _____	_____	CC_ TI_	_____	_____

Anexar fotocopia ampliada al 150 de la Cédula de Ciudadanía del afiliado y sus beneficiarios

Firma: _____

CC. N°. _____ de _____



Huella

NOTAS:

1. En cumplimiento al acuerdo n° 0237 del 6 de julio de 2017 reglamento del Auxilio Mutuo Voluntario, solo se podrán afiliar a este los Oficiales menores de 65 años.
2. Los afiliados al Fondo de Auxilio Mutuo de "ACORPOL" designarán libremente su(s) beneficiario(s) y podrán cambiarlos voluntariamente en cualquier tiempo.
3. El presente formulario tiene validez una vez sea radicado en la Secretaría General de ACORPOL.

FECHA DE RADICACIÓN: _____

Autentica: Secretario General de ACORPOL

Nombre: _____

Firma: _____

ACORPOL
REQUISITOS CARNETIZACIÓN

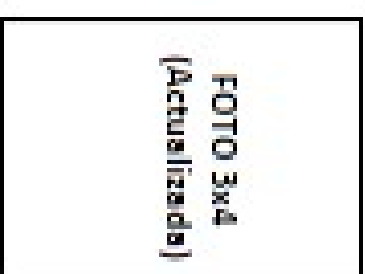
NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

No. DE CÉDULA: _____

GRADO: _____

GRUPO SANGUINEO: _____



FIRMA