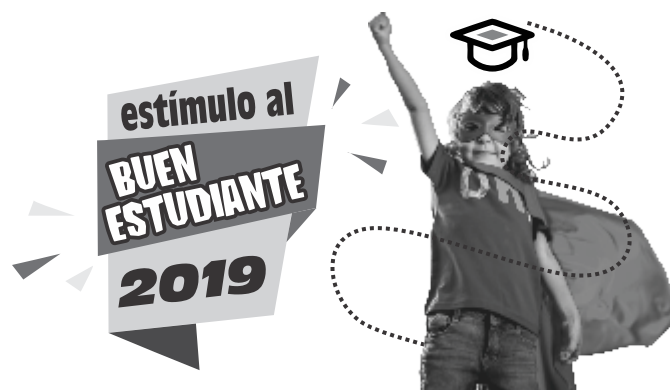




Nuestra **Solidez Financiera**
es garantía de **Bienestar**

Comité Nacional de BRD



ACUERDO No. 013
de Diciembre 14 de 2018

PBIE-F-009
10-1-2019
VERSIÓN 8

Ciudad:	Día:	Mes:	Año:	Radicación No.
Nombres y Apellidos del Asociado:				
C.C.	T.I.	Dirección envío correspondencia:		
Teléfono oficina:		Teléfono residencia:		

SOLICITUD PARA:	ASOCIADO (A) <input type="radio"/>	HIJO (A) <input type="radio"/>
Nombres y Apellidos del Estudiante:		
Documento de Identidad T.I. o C.C.:		Código Estudiantil:

Nombre completo del Plantel Educativo:					
Tipo de Establecimiento:	COOPERATIVO <input type="radio"/>	PÚBLICO <input type="radio"/>	PRIVADO <input type="radio"/>	ICETEX <input type="radio"/>	SECRETARIA EDUCACIÓN <input type="radio"/>
Nit. del Plantel:	Res. Min. Educación		Sede (Ciudad y Depto donde estudia)		
Carrera:		Último Grado o Semestre:			

Grado que cursa actualmente

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Pre escolar o jardín | <input type="radio"/> Secundaria | <input type="radio"/> Intermedia | <input type="radio"/> Maestría |
| <input type="radio"/> Transición | <input type="radio"/> Técnica | <input type="radio"/> Universitaria | <input type="radio"/> Doctorado |
| <input type="radio"/> Primaria | <input type="radio"/> Tecnológica | <input type="radio"/> Posgrado | |

Firma Asociado: _____ C.C. _____ De _____

ESPACIO RESERVADO PARA COOPTRAISS

No. de Radicación	Promedio de Calificaciones		
Nombre de quien recibe:	Fecha de Recibido: Día:	Mes:	Año:

Vigilado Supersolidaria



DESPRENDIBLE PARA EL ASOCIADO

Nombre:	Radicación No.		
Día:	Mes:	Año:	

Vigilado Supersolidaria