

FORMATO DE AFILIACIÓN CAPÍTULO DE ABOGADOS INDEPENDIENTES



FECHA DD MM AÑO

--	--	--

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Tipo de Identificación: C.C: _____ C.E: _____ No. _____ De: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____
 Telefono Fijo: _____ Celular: _____ Matricula Profesional: _____
 Servicios ofrecidos: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Universidad: _____ Título: _____ Año: _____
 Universidad: _____ Especialización: _____ Año: _____

REFERENCIA COMERCIAL

Nombre: _____ Tipo Documento: _____ No. _____
 Dirección: _____ Telefono fijo: _____ Celular: _____ e-mail: _____
 Tipo de relación: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha fin: _____

REFERENCIADO POR ASOCIADA

Empresa: _____ NIT: _____
 Nombres y apellidos: _____ Cargo: _____
 Dirección: _____ Telefono fijo: _____ Celular: _____ e-mail: _____

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro que la información suministrada en este formato es cierta y verídica y asumo la responsabilidad que se derive por suministrar información falsa o errónea.
2. Declaro que todos mis recursos provienen de actividades lícitas de: _____
3. Autorizo a COLCOB con la firma de este formato, para consultar en cualquier fuente mi comportamiento crediticio, así como a consultar y reportar mi comportamiento crediticio en las centrales de riesgo
4. Autorizo a COLCOB con la firma de este formato, el tratamiento de mis datos, en los términos consagrados en la Ley 1581 y decretos y normas que la reglamenten y/o modifiquen. Como titulares de la información podemos ejercer el derecho de aclaración rectificación o supresión de la información contenida en este formato al correo contactos@colcob.com

DOCUMENTOS A ANEXAR

- Por favor adjuntar los siguientes documentos en medio electrónico:**
1. Diligenciar la solicitud de afiliación, firmarla y remitirla al correo administrativo@colcob.com
 2. Adjuntar recomendación suscrita por asociado a Colcob en el formato establecido
 3. Certificado de antecedentes disciplinarios del Consejo Superior de la Judicatura o quien haga las veces, no superior a 30 días.
 4. Antecedentes expedido por la Procuraduría General de la Nación no superior a 30 días, si el solicitante tiene la calidad de conciliador.
 5. Fotocopia de la cédula de ciudadanía por ambas caras
 6. Fotocopia de la tarjeta profesional.

FIRMA: _____ NOMBRE _____ C.C. _____	USO COLCOB: <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> Responsable: _____ Fecha: _____
---	---