



## FORMULARIO INSCRIPCION COMO VOLUNTARIO

Fecha tramite formulario vía Web Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Documento Identificación \_\_\_\_\_ Expedido \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

No. de Teléfono \_\_\_\_\_ No. de Celular \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_

Dirección Laboral \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Web \_\_\_\_\_

Nivel Estudios \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Empresa/Institución \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Carrera \_\_\_\_\_ Semestre \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_

### CUOTA MENSUAL

Mas de \$150.000 \_\_\_\_\_ \$100.000 \_\_\_\_\_ Aporte Mínimo \$50.000 \_\_\_\_\_ Otro monto \_\_\_\_\_

Pertenece a Otra entidad similar **Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Entidad Bancaria:

**DAVIVIENDA** Cuenta de Ahorros N° **0044 - 7000235 - 5**  
Nombre o Titular de la cuenta: **APROFAC** No. Fax **538 29 68**

Desea ayudar en actividades como:

Recaudación Donaciones \_\_\_\_\_ Organizar Eventos \_\_\_\_\_ Organizar Rifas \_\_\_\_\_ Ayudar a los animales \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_ Albergar Animales \_\_\_\_\_ Transporte \_\_\_\_\_ Relaciones Publicas \_\_\_\_\_ Organizar Brigadas \_\_\_\_\_ Asistir a Operativos \_\_\_\_\_

Tiene experiencia en manejo de animales domésticos

**Si** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

Cuenta UD con experiencia en actividades sociales, culturales, deportivas, empresariales, de manualidades, idiomas, jurídicos, contables, de servicios?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuales \_\_\_\_\_

**Tiempo** disponible para Donante de Tiempo:

Lunes \_\_\_\_\_ Martes \_\_\_\_\_ Miercoles \_\_\_\_\_ Jueves \_\_\_\_\_ Viernes \_\_\_\_\_ Sabado \_\_\_\_\_ Domingo \_\_\_\_\_  
Medio día \_\_\_\_\_ Mañana \_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_

Cuenta UD con la capacidad de albergar de manera transitoria animales domésticos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuantos animales \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_

Esta UD enterado de algún impedimento medico que afecte su buen desempeño como voluntario en Aprofac? (Cáncer, Leucemia, Diabetes, Asma, Invalidez)

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual \_\_\_\_\_

De ser UD una persona con alguna enfermedad física, como Aprofac puede colaborarles para que sea mas fácil su participación dentro de la Institución? \_\_\_\_\_

Como se entero de la Asociación de Protectores de Fauna Colombiana:

Televisión \_\_\_\_\_ Prensa \_\_\_\_\_ Radio \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ Almacen \_\_\_\_\_ Tienda \_\_\_\_\_  
Alcaldia \_\_\_\_\_ Policia \_\_\_\_\_ Depae \_\_\_\_\_ Juzgado \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_ Cliente \_\_\_\_\_

**Yo** \_\_\_\_\_ Declaro que la información aquí registrada es totalmente cierta correcta y que autorizo a la Asociación de Protectores de la Fauna Colombiana y del Medio Ambiente APROFAC a utilizarla para propósitos totalmente administrativos. Yo entiendo y acepto de manera legal que este Formato no hace parte de ningún Contrato laboral.

Firma \_\_\_\_\_ C. C. \_\_\_\_\_

Adjunto a este formato para su correspondiente Carpeta Fotocopia de Cedula, Pasado Judicial, Antecedentes disciplinarios Procuraduría, Contraloría, Personería de Bogota, Certificado original de Plan de Salud afiliado (POS), fotocopia del recibo de Luz y de Teléfono

---

**Transversal 76 D No. 81 G 28 TEL. 535 08 55 – 535 4060 – 538 29 68**  
**ASOCIACION DE PROTECTORES DE LA FAUNA COLOMBIANA Y DEL**  
**MEDIO AMBIENTE**  
[www.aprofac.org](http://www.aprofac.org)

Envíe su desprendible de Pago por vía Fax **538 29 68** e inmediatamente antes de 10 días hábiles su Carné en casa.

