



1 Biblioteca en la cual se realiza la afiliación

2 Forma de afiliación

¿Se afilia usted en el marco de un convenio?:

- No Bibliotecas Colsubsidio Cámara de Comercio

¿Se afilia usted en el marco de un programa?:

- No Programas lectura Programas servicios Programas cultura

Estimado usuario, si posee una discapacidad y considera que requiere de un acudiente para hacer uso de los servicios, seleccione esta opción:

- Siendo mayor de edad, requiero de un acudiente.

3 Información personal

Apellidos: <input type="text"/>		Nombres: <input type="text"/>	
Fecha de nacimiento: <input type="text"/>	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Tipo de Documento: *1 <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> R.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> C.D	Número: <input type="text"/>
Dirección: <input type="text"/>		Localidad: <input type="text"/>	
Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento	Estrato: <input type="text"/>	Barrio: <input type="text"/>	
Teléfono fijo: <input type="text"/>	Teléfono oficina (Opcional): <input type="text"/>	Celular (Opcional): <input type="text"/>	
Correo electrónico: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> ¿Autoriza el envío de información de BibloRed al correo electrónico?.	

4 Ocupación

Seleccione la ocupación:

- Ama de casa Desempleado Docente Empleado Estudiante Funcionario Independiente Investigador Pensionado Otro

Empresa o Institución: <input type="text"/>	Dirección: <input type="text"/>
Ciudad: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>

5 Nivel de escolaridad

Seleccione el nivel de escolaridad:

- Preescolar Primaria Secundaria Técnico Universitario Postgrado

6 Referencia personal

Apellidos: <input type="text"/>		Nombres: <input type="text"/>	
Dirección: <input type="text"/>	Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento	Teléfono: <input type="text"/>	

7 Espacio exclusivo para menores de 18 años o usuarios con discapacidad

Apellidos: <input type="text"/>		Nombres: <input type="text"/>	
Parentesco (acudiente): <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Tio(a)			
Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	No. de identificación: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	
Dirección: <input type="text"/>	Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento	Correo electrónico: <input type="text"/>	

Compromiso de responsabilidad

Entre la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte del Distrito Capital - Red Capital de Bibliotecas Públicas de Bogotá - BibloRed y el usuario que se afilia para tener derecho al préstamo externo de materiales.

Yo, , como beneficiario del préstamo externo de materiales de BibloRed, me obligo por medio de este documento a responder por el buen uso de los materiales y a cumplir con la devolución oportuna de los mismos.

De no cumplir con lo pactado, acepto expresamente que BibloRed realice una llamada telefónica a la dirección de residencia registrada en el formulario de afiliación y/o envíe una comunicación escrita a mi dirección de correo electrónico, una vez vencido el término de devolución de materiales bibliográficos, con el fin de solicitar la devolución de los materiales tomados en préstamo.

Declaro acogerme al reglamento del servicio de afiliación y préstamo externo de BibloRed y autorizo que la información registrada en este formulario sea verificada. En caso de que esta información no sea verificada, acepto que el proceso de afiliación no tenga continuidad.

1 *:

C.C: Cédula de Ciudadanía

T.I: Tarjeta de Identidad

R.C: Registro Civil

C.E: Cédula de Extranjería

C.D: Carné Diplomático