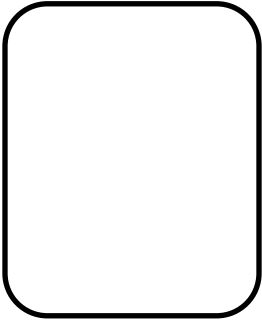


SOLICITUD:

FECHA:



Asociación

Reingreso

Ciudad: \_\_\_\_\_



www.coopbenecun.com.co  
PBX: 7579973 - 304365  
Diagonal 35 Bis N° 19 - 38

DÍA

MES

AÑO

Vigilada por la Superintendencia de la Economía Solidaria

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombres y apellidos completos / Razón social				
Tipo de identificación TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>	Número de identificación	Lugar y fecha de expedición	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Factor RH <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Madre o padre cabeza de familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dirección domicilio	Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/>	Barrio	Estrato	
Correo electrónico		Teléfono celular	Teléfono fijo	
Realiza alguna actividad	¿Deportiva? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	Correspondencia	
	¿Cultural? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	Residencia <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>
			Correo electrónico <input type="checkbox"/>	
¿Tiene alguna discapacidad? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		¿Cuál?		
¿Es asociado de otra entidad solidaria? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>		
Cónyuge o compañero(a) permanente	N° identificación	Teléfono celular	Teléfono fijo	Profesión

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Bienes raíces Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Dirección / ciudad	Valor (\$) hipoteca:	N° matrícula inmobiliaria:
Vehículo <input type="checkbox"/> Marca	Modelo / Placa	Pignorado a:	Oficina de matrícula o lugar de expedición de placa:
Maquinaria <input type="checkbox"/> Marca			
Total activos (bienes raíces, vehículos, otros bienes, inversiones financieras)	\$	Ingresos mensuales (derivados de su actividad principal)	\$
Total pasivos (deudas con entidades financieras, cooperativas, terceros u otras obligaciones económicas)	\$	Otros ingresos mensuales (descripción)	\$
Declara renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Egresos mensuales	\$

**INFORMACIÓN LABORAL O DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Actividad económica principal Empleado(a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Depende de otro <input type="checkbox"/>	Entidad con la que trabaja	Fecha de vinculación D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
Dirección laboral	Cargo	Tipo de contrato
Correo electrónico laboral	Teléfono	

**FORMACIÓN ACADÉMICA**

Estudios cursados Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	Título de formación académica obtenido
Fecha finalización nivel de estudios alcanzado	Estudia actualmente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Educación en economía solidaria Básico <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Especializado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	¿Conoce la doctrina (valores, principios, fines) y normatividad del sector solidario colombiano? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**REFERENCIAS**

Personal	Nombres y apellidos	Dirección	Teléfono
Familiar	Nombres y apellidos	Dirección	Teléfono

**BENEFICIARIOS**

Nombres y apellidos	N° Identificación	Parentesco
Nombres y apellidos	N° Identificación	Parentesco
Nombres y apellidos	N° Identificación	Parentesco

# APORTES SOCIALES

En caso de ser aceptado(a) como asociado(a), autorizo al pagador de la empresa \_\_\_\_\_

para que deduzca el  % de mi salario, valor de prestación de servicios y/o mesada pensional, a favor de la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun, previamente autorizado, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

O en mi calidad de trabajador independiente, por cuenta propia, rentista o dependiente económicamente me comprometo a pagar mensualmente con destino a aportes sociales la siguiente suma de dinero:

\$

## PRESENTACIÓN ASOCIADO

Nombre del asociado(a) que presenta	N° de identificación	Antigüedad como asociado
-------------------------------------	----------------------	--------------------------

Me permito presentar a \_\_\_\_\_ identificado con la c. c. o t. i. N° \_\_\_\_\_ para que sea aceptado como asociado(a) de la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun. Si ejerzo como tutor de un menor de edad, me comprometo a responder por el pago de sus aportes sociales y obligaciones crediticias.

FIRMA ASOCIADO(A)

FIRMA SOLICITANTE

## DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS, AUTORIZACIONES PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Ley 190 de 1.995 y demás normas legales aplicables a la apertura y manejo de cualquier tipo de depósitos, así como la obtención de crédito en cualquier tipo de modalidades, obrando en mi propio nombre, de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y declaro que los fondos depositados en la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun, provienen de actividades totalmente lícitas, en consecuencia manifiesto:

1. Los ingresos declarados a la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun, provienen de las siguientes actividades (empleo, ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.): \_\_\_\_\_

y con parte de ellos abonaré a aportes sociales y obligaciones crediticias, asegurándome que no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal o en cualquiera otra norma.

2. No permitiré que terceros cancelen obligaciones a mi nombre, con dineros provenientes de actividades ilícitas o aparentemente lícitas de las contempladas en el Código Penal o en cualquiera otra norma, ni efectuaré transacción alguna destinada a tales actividades o a favor de personas aparente o efectivamente relacionadas con las mismas.

3. Autorizo a la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun, para que con fines estadísticos de información comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros, reporte, procese, consulte y divulgue a cualquiera entidad que maneje bases de datos financieros, todo lo relativo a mis transacciones financieras. Dicha información permanecerá vigente hasta la extinción de todas las obligaciones económicas a mi cargo, durante el plazo máximo que para el efecto autoricen la ley o la jurisprudencia.

## OTRAS AUTORIZACIONES

1. Autorizo a la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun, descontar de mis aportes sociales, al momento de mi retiro, las sanciones que a mi cargo existan por causa de inasistencia a las actividades que programe la Cooperativa y previamente me haya inscrito.

2. Autorizo a la Cooperativa de Trabajadores de la Beneficencia de Cundinamarca - Coopbenecun, para que envíe a mi correo electrónico o al número de teléfono celular toda clase de información con respecto a las actividades que se llevarán a cabo y la publicidad de los convenios suscritos por la Cooperativa, en beneficio de sus asociado(a)s.

En constancia de haber leído este documento, comprendido y aceptado sus alcances, firmo a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de Bogotá, D. C.

FIRMA SOLICITANTE

N° DOCUMENTO

HUELLA ÍNDICE DERECHO

## CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Decisión sobre la solicitud Aprobada <input type="radio"/> Negada <input type="radio"/> Rechazada <input type="radio"/>	Acta N°	Fecha Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Vo. Bo. Gerente
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

PRESIDENTE

SECRETARIO(A)

## DOCUMENTOS PARA ANEXAR

EMPLEADO	INDEPENDIENTE	PERSONA JURÍDICA
Certificación laboral con fecha de expedición no mayor a 30 días. Los dos (2) desprendibles de pago más recientes Fotocopia del documento de identidad	Certificado de ingresos expedido por contador Fotocopia RUT Certificado de cámara de comercio Fotocopia del documento de identidad Certificación de otros ingresos (arriendos, rentista de capital)	Certificado de cámara de comercio Fotocopia RUT Fotocopia documento de identidad del representante legal Estados financieros, ejercicio contable más Reciente