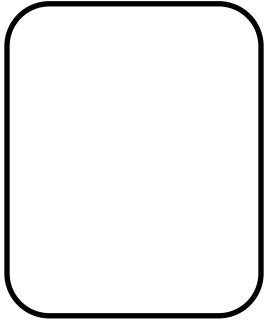


SOLICITUD:

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	Inmueble: Propio <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	
Correo electrónico			Teléfono celular	Teléfono fijo		
Realiza alguna actividad	¿Deportiva?	¿Cuáles?	Correspondencia			
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Residencia	<input type="checkbox"/>		
	¿Cultural?	¿Cuáles?	Oficina	<input type="checkbox"/>		
SI <input type="checkbox"/> NO <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"/>	¿Qué estudia?		
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 REPORTES 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:

- 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.

- 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.
- 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

- 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.
- 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