



## FORMULARIO DE AFILIACIÓN O VINCULACIÓN DE ASOCIADOS.

Manizales, DD/MM/AAAA

Señores

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Cootrachec

Manizales

Comedidamente solicito a ustedes se sirvan considerar mi admisión como asociado a la Cooperativa. Manifiesto que me comprometo a cumplir lo establecido en la ley, los estatutos y los reglamentos y me obligo a cumplir todos los deberes y compromisos con la misma; además, a recibir educación cooperativa.

Autorizo descontar por nómina la suma de \$ \_\_\_\_\_ como aportes semanales \_\_\_\_\_ quincenales \_\_\_\_\_ mensuales \_\_\_\_\_

Ha recibido educación cooperativa? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### PARA USO DE LA COOPERATIVA

Aprobado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Acta No.: \_\_\_\_\_ Fecha: DD/MM/AAAA

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente Consejo de Administración

\_\_\_\_\_  
Secretario Consejo de Administración

Ha sido asociado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Aportes al momento del retiro \$ \_\_\_\_\_ Fecha: DD/MM/AAAA

Valor a reintegrar (25%) \$ \_\_\_\_\_

Aportes iniciales \$ \_\_\_\_\_ Valor ahorros \$ \_\_\_\_\_ Total \$ \_\_\_\_\_

Asesor, \_\_\_\_\_ Fecha: DD/MM/AAAA

Anexos:      Fotocopia del documento de identidad.  
                  Constancia de ingresos o último desprendible de pago.  
                  Formato de afiliación o actualización (Adjunto).



DATOS PERSONALES Y FAMILIARES

AFILIACIÓN O ACTUALIZACIÓN

Fecha: DD / MM / AAAA

Nombre (Apellidos – Nombre)		Identificación Nro. _____ C.C. _____ C.E. _____ Otra _____		Lugar y Fecha de nacimiento _____, <u>DD / MM / AAAA</u>	
Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Unión libre ___ Viudo ___ Separado ___ Divorciado ___	Nivel académico Bachiller ___ Técnico ___ Tecnólogo ___ Profesional ___	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	# Personas a cargo
Tipo de vivienda: Propia ___ Arrendada ___ Familiar ___	Dirección Residencia		Ciudad	Departamento	Estrato
Tiene Vehículo: Si ___ No ___	Tipo de Vehículo : Público ___ Particular ___		Envío Correspondencia: Residencia ___ Oficina ___		

1. INFORMACIÓN LABORAL Y FINANCIERA

Empresa	Dirección empresa			Teléfono
Fecha ingreso <u>DD/MM/AAAA</u>	Profesión	Cargo	Dependencia	E-mail Empresa
Activos	Pasivo			
Salario \$ _____	Créditos Bancarios \$ _____			
Otros Ingresos \$ _____	Créditos Hipotecarios \$ _____			
Vivienda \$ _____	Créditos Comerciales (otros) \$ _____			
Vehículo \$ _____	Créditos en Cooperativas \$ _____			
Administra recursos públicos? SI ___ NO ___			P.E.P? SI ___ NO ___	
Realiza operaciones con moneda Extranjera? SI ___ NO ___ Cuáles? _____				

2. REFERENCIAS

Nombres Familiar	Dirección	Teléfono
Nombres Familiar	Dirección	Teléfono
Nombres Personal	Dirección	Teléfono

3. DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A)

Nombre _____	Fecha Nacimiento _____	Identificación Nro. _____
Celular _____	Teléfono _____	Profesión _____
Empresa _____	Cargo _____	Fecha Ingreso _____
Teléfono Empresa _____	E-Mail _____	Nivel Académico _____
Salario \$ _____	Otros Ingresos \$ _____	Descripción Otros _____
Egresos Mes \$ _____		

4. Tiene hijos con contrato laboral vigente en alguna empresa? Si \_\_\_ No \_\_\_ Cuántos? \_\_\_\_\_



5. **BENEFICIARIOS:** Se entiende como beneficiarios, los que el asociado inscriba al momento de su ingreso o posteriormente, para beneficiarse de todas las actividades sociales que realiza la cooperativa Cootrachec.  
 “Si es casado o en unión marital de hecho no es necesario diligenciar la información del cónyuge o compañero (a) en esta pregunta”.

Beneficiarios: Se consideran beneficiarios del asociado y que estén inscritos en el registro social ante la Cooperativa, los siguientes:

**ASOCIADO CASADO O EN UNIÓN MARITAL DE HECHO:**

1. El cónyuge o compañero permanente, según el caso
2. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios
3. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada.

**ASOCIADO SOLTERO:**

1. Los hijos que dependan económicamente del asociado hasta cumplir la mayoría de edad o incluso hasta los veinticinco (25) años, siempre y cuando estén cursando estudios
2. Los hijos de cualquier edad con limitación física o cognitiva, debidamente acreditada
3. Los padres del asociado, siempre y cuando dependan económicamente de éste.
4. Para los asociados que no cuenten con las condiciones de beneficiarios relacionados o con sociedad conyugal disuelta, podrán inscribir a una (1) persona como beneficiario.

Apellidos	Nombres	Parentesco	Genero		TI - RC CC - CE	Nro. Identificación	Fecha Nacimiento DD/MM/AAAA	Nivel Académico	Trabaja	
			M	F					S	N

6. **DE RECLAMACIÓN**

Designo y Autorizo a las personas señaladas en el cuadro siguiente, para que, en caso de mi fallecimiento, en los porcentajes (%) señalados, reciban el saldo que a mi favor quede, una vez descontadas todas mis obligaciones, en la Cooperativa Cootrachec, conforme a lo establecido en la ley, los estatutos sociales y los reglamentos internos. Manifiesto que esta decisión la tomo libre y voluntariamente sin presión alguna y con todas mis facultades mentales.

Apellidos	Nombres	Parentesco	Genero		TI - RC CC - CE	Nro. Identificación	Fecha Nacimiento DD/MM/AAAA	Porcentaje
			M	F				

**AUTORIZACIONES:**

1. Certifico que la información suministrada es veraz y autorizo su verificación, así mismo me comprometo a actualizarla anualmente. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
2. Autorizo, con carácter permanente a Cootrachec para que con fines estadísticos y de información interbancaria, informe, reporte y consulte a personas y entidades externas o bases de datos públicas y/o privadas, sobre el manejo de mis cuentas, los saldos a mi favor, a cargo, sobre mi trayectoria y comportamiento con las instituciones financieras y comerciales del país.
3. Para dar cumplimiento a disposiciones contenidas en la ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, declaro expresamente que he suministrado datos personales, familiares y económicos, con finalidades específicas y autorizo para su utilización. Así mismo, declaro que he sido informado de la política de manejo de datos personales y el tratamiento de la información

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento,



Firma

Asesor