

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).



GESTIÓN SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS

Código: GSA-FOR-02

Fecha: 27/12/2021

Versión: 01

Página: 2/3

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 , DD / MM / AAAA			
Estado civil Soltero: Unión libre: Separado:	Casado: Viudo: Divorciado:	Nivel académico Bachiller: Tecnólogo:	Técnico: 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 DD/MM/AAAA	Profesión	Cargo	Dependencia	E-mail Empresa	Cod. Interno
Activos			Pasivo		
Salario: \$	Otros Ingresos: \$		Créditos Bancarios: \$		
Vivienda: \$	Descripción Otros:		Créditos Hipotecarios: \$		
Vehículo: \$			Créditos Comerciales (otros): \$		
				Créditos en Cooperativas: \$	
Administra recursos públicos? SI NO		Es catalogado P.E.P? SI NO		Tiene Familiares P.E.P? SI NO	
Realiza operaciones con moneda Extranjera? SI NO Cuáles?					

2. REFERENCIAS

Nombres Referencia Familiar	Dirección	Teléfono
Nombres Referencia Familiar	Dirección	Teléfono
Nombres Referencia 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:	Personas a Cargo:
Salario: \$	Otros Ingresos: \$	Descripción Otros:	Egresos Mes: \$

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

5. **HIJOS Y/O PERSONAS A CARGO:** Se entiende como hijos y/o personas a cargo, 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".

Personas a cargo: Se consideran personas a cargo 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. BENEFICIARIOS

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 hasta el monto inembargable, conforme a lo establecido en la ley, los estatutos sociales y los reglamentos internos. En caso de ser un monto superior, se deberá atender la orden de sucesión. 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



Huella

Asesor