

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Bienvenido a la Familia Coopcafam!!!



Recuerde:

Documentos requeridos:

* Fotocopia del documento de identificación.

* Si es empleado: Certificación laboral con fecha de expedición no mayor a 30 días o certificado de ingresos y retenciones o declaración de renta.

* Si es pensionado: Desprendible de pago, resolución de la pensión o declaración de renta.

* Si es independiente: Certificado o constancia de ingresos o declaración de renta.

Indicaciones generales:

La información solicitada es confidencial, para uso exclusivo de Coopcafam.

Entregue esta información únicamente a los colaboradores de Coopcafam.

Favor no dejar los espacios solicitados en blanco. Al seleccionar una opción, marque con una "X" la casilla respectiva.

Fecha Diligenciamiento

Mes	Día	Año

1. INFORMACIÓN PERSONAL									
1er. Apellido		2do. Apellido		Nombre(s)			Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
¿Es mujer cabeza de familia? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Número de Identificación		Lugar de Expedición	Fecha de Expedición Mes: Día: Año:		Fecha de Nacimiento Mes: Día: Año:
Lugar de Nacimiento		Departamento		Municipio/Ciudad		¿Administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Profesión u Oficio	
Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			Nivel de Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnológico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?						

2. INFORMACIÓN ECONÓMICA / FINANCIERA				
Actividad Económica Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Dependiente económicamente <input type="checkbox"/> Negocio o Microempresa <input type="checkbox"/> ¿Qué tipo de negocio o microempresa?		CIU		
Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál actividad?				
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal: \$		Valor de otros ingresos: \$		Especificar los otros ingresos:
Total Activos \$		Total Pasivos \$		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?
¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Banco		Moneda		No. Cuenta
¿Declara Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ciudad		País
Correo electrónico donde desea que se le envíe la correspondencia:				

3. INFORMACIÓN LABORAL									
Empresa					Cargo				
Tipo de Contrato Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/>		Fecha de Ingreso Mes: Día: Año:		Fecha Vencimiento Mes: Día: Año:		Ingreso Mensual*		Salario integral SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Sector económico en el que labora (Educación, transporte, industria, seguros, salud, servicio de crédito., etc.):					Lugar donde desea que se le envíe la correspondencia Residencial <input type="checkbox"/> Laboral/Comercial <input type="checkbox"/>				
Código o No. de Empleado (para empleados de Cafam)		Localidad (Para empleados de Cafam)			Tiempo parcial <input type="checkbox"/>		Tiempo Total <input type="checkbox"/>		

*Ingreso Mensual sobre el cual se le va a efectuar el descuento de aportes y ahorros para Coopcafam

4. DIRECCIÓN LABORAL / COMERCIAL				
Departamento		Municipio/Ciudad		Dirección
Teléfono Fijo		Celular		E-mail
Fax				

5. DIRECCIÓN RESIDENCIA					
Departamento		Municipio/Ciudad		Dirección	Barrio
Localidad		Estrato			
Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Teléfono fijo		Celular	
E-mail					

6. DESCUENTO DE APORTES Y AHORROS				
¿Qué porcentaje o valor desea que le descuenten de su sueldo básico o ingreso mensual (mínimo el 3%)? inferior al 3% sobre un salario mínimo legal mensual vigente.				Nota: El valor a descontar no podrá ser
¿Cómo desea que se distribuya el porcentaje o valor anterior?				Descripción
Aportes Sociales Ordinarios		A <input type="checkbox"/> 70%	B <input type="checkbox"/> 50%	C <input type="checkbox"/> 30%
Fondo Ahorro Permanente		30%	50%	70%

7. GRUPO FAMILIAR										
Identificación	Nombre	Género	Fecha Nacimiento			Nivel de Estudios	Grado	Parentesco	Depende Económicamente	
			Mes	Día	Año				SI	No

8. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE				
1er. Apellido		2do. Apellido		Nombre (s)
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Actividad Económica		Profesión u Oficio		Empresa donde labora
Ingreso Mensual \$				

9. REFERENCIAS					
Personal	Nombre		Dirección		Teléfono
	Ciudad		Departamento		
Familiar	Nombre		Dirección		Teléfono
	Ciudad		Departamento		

10. TRANSFERENCIAS		
Número de cuenta para transferencias *		Entidad
Ahorros <input type="checkbox"/>		Corriente <input type="checkbox"/>

* Esta cuenta se podrá utilizar para abono de sus créditos y de los intereses causados por el Fondo de Ahorro Permanente

11. INFORMACIÓN GENERAL

¿Ha recibido capacitación en el sector cooperativo? Si No ¿Qué Nivel? Básico Medio Avanzado

¿Tiene parentesco con algún directivo de la cooperativa? Si No ¿Cuál parentesco? _____ ¿Con quién? _____

¿Qué cargo desempeña el directivo? Consejo de Administración Junta de Vigilancia Revisor Fiscal Representante Legal

12. ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE

Actividad	Competitivo	Nivel en aprendizaje	Diversión

13. PERSONA QUE LO REFIRIÓ A LA COOPERATIVA

Asociado <input type="checkbox"/>	Empleado de Coopcafam <input type="checkbox"/>	Nombre y Apellidos	No. Documento de Identidad
¿Es familiar suyo?		Parentesco	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Hermano <input type="checkbox"/>
		Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>
		Compañero permanente <input type="checkbox"/>	

14. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a COOPCAFAM para que reporte, conserve, consulte o actualice cualquier información de mi comportamiento financiero y comercial como asociado, así como los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me otorgue, a la central de riesgos correspondiente y a Entidades Financieras de Colombia o a quien haga sus veces y a los bancos de datos de Entidades Públicas y Privadas.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos a COOPCAFAM, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito de ahorro a término, expedidas por los entes reguladores.

- Los recursos que deposite en la Cooperativa proceden de las siguientes fuentes de ingreso (detalle solamente cuando los recursos provengan de una fuente diferente al sueldo como empleado: negocio, asesorías, etc.) _____
- Declaro que los recursos que entregue no provendrán de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas y manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con dichos recursos, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad derivada de estos hechos.
- Autorizo a COOPCAFAM saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad y tomar las medidas correspondientes, en el caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, e igualmente, me obligo para con la Cooperativa a reportar por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida.

ACEPTACIÓN DE LA REGLAMENTACIÓN

Conozco que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en el Estatuto vigente, como en general toda la reglamentación de la Cooperativa y las existentes coherentes con el Acuerdo Cooperativo.

En caso de ser asociado vinculado a una empresa con convenio de descuento por nómina, autorizo que se me descuenten todas las obligaciones contraídas con la Cooperativa.

Si soy asociado particular o convengo pagos por caja, declaro que conozco y acepto que la fecha para la cancelación de las cuotas de mis compromisos adquiridos con la Cooperativa (créditos, aportes, ahorros, convenios, etc.), corresponderá al día dos (2) de cada mes. No obstante a lo anterior, Coopcafam podrá cambiar dicha fecha, previa notificación.

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera, en constancia firmo. Manifiesto que toda la información es veraz:

Firma _____	Huella Dactilar
Nombre _____	
No. Documento Identificación _____ de _____	

15. ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPCAFAM

Gestionado por:		Recibido por:	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>		Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	
Contactado y verificado por:		Grabada la información por:	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>		Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	
Observaciones:		Validada por:	
		Nombre	Firma
		Mes <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/>	