FM - 05 - 01

COOGEOGRAFICO
COOPERATIVA MULTIACTIVA AGUSTIN CODAZZI

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

FECHA DE RECEPCIÓN (DÍA MES AÑO)	
RECIBIDO POR	NO. DE RADICACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y apellidos completos

Tipo de identificación T.I. ◯ C.C. ◯ C.E. ◯	N°. de identificación	Lugar y fecha de expedición	Género M ◯ F ◯ Otro ◯
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Municipio de nacimiento / Departamento

Dirección de residencia / domicilio	Casa ◯ Apto ◯	Inmueble Propio ◯ Arrendado ◯ Familiar ◯	Ciudad	Barrio	Estrato socioeconómico

Administra recursos públicos? SÍ ◯ NO ◯	Persona expuesta públicamente? SÍ ◯ NO ◯	Descripción

Formación académica: Bachiller ◯ Técnico ◯ Tecnológico ◯ Profesional ◯ Posgrado ◯ Maestría ◯ Doctorado ◯

Actividad económica	Código CIIU	Correo electrónico	Teléfono celular	Teléfono Fijo

Enviar correspondencia a: Residencia ◯ Oficina ◯ Correo electrónico ◯	Educación en Economía Solidaria
Está asociado a otras cooperativas? Si ◯ No ◯ ¿Cuál(es)?	Básico ◯ Intermedio ◯ Avanzado ◯ Ninguno ◯

Nombres y apellidos completos del cónyuge	Nº. identificación	Celular	Empresa donde trabaja	Teléfono

INFORMACIÓN FINANCIERA

Bienes raíces Casa ◯ Apto ◯ Otro ◯ ¿Cuál?	Dirección y ciudad	Valor hipoteca $	Valor comercial $
Vehículo ◯ Maquinaria ◯ / Marca	Modelo y placa / Pignorado a	Valor de la deuda $	Valor comercial $
Otros bienes / Tipo de bien	Detalle		Valor comercial $

Total activos (Bienes raíces + vehículos + otros bienes)	$	Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	$
Total pasivos (deudas entidades financieras + deudas cooperativas + deudas terceros)	$	Otros ingresos mensuales (descripción)	$
Total patrimonio (total activo – total pasivo)	$	Declara renta SÍ ◯ NO ◯ / Egresos mensuales	$

CUENTA BANCARIA No.	BANCO	Ahorro ◯ Corriente ◯

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera? SÍ ◯ NO ◯	Cuales operaciones?	Posee cuentas en moneda extranjera SÍ ◯ NO ◯

Tipo de cuenta Ahorro ◯ Corriente ◯	Número de cuenta	Banco	Ciudad	País	Moneda

INFORMACIÓN LABORAL O ACTIVIDAD ECONÓMICA

Actividad económica principal Empleado ◯ Profesional independiente ◯ Renta ◯ Depende de otro ◯ Pensionado ◯	Entidad donde trabaja	Fecha vinculación MM DD AAA

Dirección empresa	Ciudad	Teléfono	Cargo	Tipo de contrato	Carrera Administrativa/en propiedad ◯ Indefinido ◯ Provisionalidad ◯ Pensionado ◯ Término Fijo ◯ Independiente ◯

REFERENCIAS

Personal	Nombres y apellidos completos	Dirección	Teléfono
Familiar	Nombres y apellidos completos	Dirección / Parentesco	Teléfono

INFORMACIÓN BENEFICIARIOS

Autorizo a los beneficiarios relacionados a continuación para que, ante la **COOPERATIVA MULTIACTIVA -COOGEOGRAFICO-**, adelanten las reclamaciones pertinentes de saldos que resulten a mi favor en caso de muerte, según el estatuto y/o reglamentos que rijan a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA -COOGEOGRAFICO-** en su momento.

Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento MM DD AAA	N.º identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento MM DD AAA	N.º identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento MM DD AAA	N.º identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento MM DD AAA	N.º identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento MM DD AAA	N.º identificación	Parentesco	%

Tiene un familiar asociado a la cooperativa?	SI	NO	Nombres	C.C. No.
			Nombres	C.C. No.

En caso de ser aceptado como asociado, autorizo al pagador de la empresa _____ _____ para que deduzca de mi sueldo, prestaciones sociales, prestación de servicios y/o mesada pensional, el valor de los recursos económicos a favor de **COOGEOGRAFICO** previamente autorizados y conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

APORTE ORDINARIO MENSUAL	
$	Puede aportar entre el 5% mínimo y máximo el 20% de la asignación mensual o mesada pensional.

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

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y demás normas legales aplicables a la apertura y manejo de cualquier tipo de depósitos, así como a la obtención de crédito en cualquiera de sus modalidades, obrando en mi propio nombre de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y declaro que los fondos depositados en **COOGEOGRAFICO** provienen de actividades totalmente lícitas, en consecuencia manifiesto:

1. Los recursos que entrego y entregaré a **COOGEOGRAFICO** provienen de los siguientes fondos: (diligenciamiento detallado ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.)

   _____ _____

   _____
2. Los recursos que entrego o entregaré a **COOGEOGRAFICO** en depósito o para cancelar a mi nombre no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas, o cancelen obligaciones a mi nombre, fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente lícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma, ni efectuaré transacción alguna destinada a tales actividades o a favor de personas aparentemente o efectivamente relacionadas con las mismas.
4. Autorizo a **COOGEOGRAFICO** para que obtenga de cualquier fuente información, referencias relativas a mi persona, para reportar y consultar a las centrales de información o cualquier otra entidad que maneje o administre cualquier base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente. Dicha autorización permanecerá vigente hasta la extinción de todas las obligaciones a mi cargo, durante el plazo máximo que para el efecto autorizan la ley o la jurisprudencia.
5. Acepto la calidad de asociado de **COOGEOGRAFICO,** sus estatutos y sus reglamentos.
6. Acepto que el valor a aportar está sujeto al sueldo que devengo y tendrá el correspondiente incremento anual.
7. En caso de estar vinculado como trabajador a alguna empresa, mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, así como de cualquier otra suma que resultare a mi favor, garantizarán cualquier saldo a mi cargo en caso de retiro de **COOGEOGRAFICO**.

OTRAS AUTORIZACIONES

1. Autorizo a **COOGEOGRAFICO** para que me envíe a mi correo electrónico o al móvil toda clase de información con respecto a las actividades que se llevarán a cabo y publicidad de los convenios suscritos por la cooperativa en beneficio de los asociados.

En constancia de haber leído este documento, comprendido y aceptado sus alcances, firmo a los _____ ( ) días del mes de_____ de _____

en la ciudad de _____.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

_____
C.C. N.º

HUELLA ÍNDICE DERECHO

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COOGEOGRÁFICO

Fecha de realización de la entrevista MM DD AAA	Nombre del funcionario que realizó la entrevista	Nombre del responsable de la verificación de información	Fecha de verificación MM DD AAA

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Aprobada ◯ Negada ◯ Rechazada ◯	Acta N.º	Fecha MM DD AAA	Referenciado por:

Observaciones _____

_____

_____ _____
Presidente

_____ _____
Secretario

DOCUMENTOS PARA ANEXAR

EMPLEADO	CONTRATISTA	INDEPENDIENTE	PENSIONADO
• Certificación laboral no mayor a 45 días • Dos últimos desprendibles de pago • Fotocopia de la cédula	• Copia de contrato • Acta de interventoría • Fotocopia de la cédula	• Certificado de ingresos por Contador Público • Fotocopia de la tarjeta profesional del Contador Público • Certificado vigente de antecedentes disciplinarios del Contador Público • Extractos bancarios • Fotocopia de la cédula • Cámara de Comercio • RUT • Balance financiero último ejercicio contable	• Fotocopia de la cédula de ciudadanía • Último desprendible de la mesada pensional