

FORMULARIO DE INGRESO



SEÑORES

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN NACIONAL

Atentamente solicito mi admisión como asociado de la Cooperativa, manifiesto a ustedes que me adhiero al acta de constitución de la entidad y acepto los Estatutos y Reglamentos vigentes. Para estudio del Consejo e información de la Gerencia General suministro los siguientes datos:

INFORMACIÓN PERSONAL

TIPO DE NOVEDAD: INGRESO ☐ REINGRESO ☐

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		FECHA DE EXPEDICIÓN M / D / A		CIUDAD DE EXPEDICIÓN		G.S. RH	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO M / D / A		LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD - PAÍS)		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				BARRIO		ESTRATO	CIUDAD - DEPARTAMENTO
TELÉFONO RESIDENCIAL		NÚMERO CELULAR		DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL			
TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/> OTRA _____		NOMBRE DEL PROPIETARIO DE LA VIVIENDA		TELÉFONO DEL PROPIETARIO		PARENTESCO NINGUNO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> CUAL _____	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA SÓLO PARA HIPOTECA)						FECHA DE VENCIMIENTO (APLICA SÓLO PARA HIPOTECA) M / D / A	
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA PERSONAL		ENTIDAD BANCARIA EN DONDE TIENE LA CUENTA PERSONAL				CUENTA DE AHORRO <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>	
ESTUDIA ACTUALMENTE SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NIVEL ACADÉMICO SECUNDARIA <input type="checkbox"/> CARRERA INTERMEDIA <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> POSTGRADO <input type="checkbox"/>			PROFESIÓN		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA M / D / A		SEDE (CIUDAD DONDE ESTÁ UBICADA LA EMPRESA)			
DIRECCIÓN OFICINA		TELÉFONO OFICINA		EXTENSIÓN	ÁREA O DEPENDENCIA		
OFICIO / CARGO		DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO					

AUTORIZACIÓN DE PAGOS DIRECTOS

Yo, _____ mayor de edad, vecino de _____ identificado con cédula de ciudadanía

No. _____ expedida en _____ por medio de este escrito, autorizo en forma incondicional e irrevocable al pagador de la empresa _____, para que los dineros que me correspondan por concepto de salarios y/o prestaciones sociales, sean puestos a disposición de COOPCARVAJAL, con domicilio en Cali, con personería reconocida por Resolución No. 00390 del 17 de junio de 1943 del Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas de Santiago de Cali, las sumas que adeude por cualquier concepto, sin importar la cuantía, que estén contenidos en documentos o títulos valores por mí aceptados.

APORTES SOCIALES

Conforme a disposiciones legales y estatutarias AUTORIZO a la Cooperativa para que deduzca de mi salario, además de lo que llegara a deber por concepto de utilización de servicios y demás, el valor de la cuota de admisión y la siguiente cantidad para certificados de aportación:

PORCENTAJE DE APORTES SOCIALES X MES _____%

APORTE MÍNIMO: 2% Salario Mensual, lo cual está establecido según Estatuto como cuota mínima obligatoria. Se tendrá en cuenta para la aplicación del porcentaje el salario cooperativo que fije el Consejo de Administración Nacional.

Les informo que anteriormente pertenecí a esta Cooperativa, SÍ ☐ NO ☐
Me retiré en (fecha aproximada) por las siguientes razones: _____

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA

FECHA DE CHARLA DE INGRESO	M / D / A	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
FECHA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECIBIDOS	M / D / A	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
VISTO BUENO OFICIAL DE CUMPLIMIENTO	M / D / A	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
CARTA LABORAL
FORMATO DE INFORMACIÓN FAMILIAR
FORMATO DE AUTORIZACIÓN
FORMATO DE APERTURA DE AHORRO

ACTIVIDAD ECONÓMICA CÓDIGO CIU

EMPLEADO O PENSIONADO 0010 ☐

RENTISTA DE CAPITAL 090 ☐

HOGAR Y ESTUDIANTE 0082 ☐

INDEPENDIENTES: CONSULTAR RUT _____

INFORMACIÓN FINANCIERA (VALOR EN PESOS COLOMBIANOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES			
SUELDO BÁSICO MENSUAL	\$ _____	EGRESOS	\$ _____	TOTAL ACTIVOS (Lo que tienes)	\$ _____
OTROS INGRESOS	\$ _____			TOTAL PASIVOS (Lo que debes)	\$ _____
TOTAL DE INGRESOS	\$ _____			TOTAL PATRIMONIO (Lo que tienes (-) lo que debes)	\$ _____
DETALLAR LOS INGRESOS ORIGINADOS EN ACTIVIDAD DIFERENTE A LA PRINCIPAL _____					

FORMA DE PAGO	¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS?	¿DECLARA RENTA ?
QUIN <input type="checkbox"/> MENS <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

REFERENCIAS

REFERENCIA PERSONAL (QUE NO PERTENEZCA A UNA DE LAS EMPRESAS DE LA ORGANIZACIÓN CARVAJAL)				
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	NÚMERO CELULAR	CIUDAD
REFERENCIA FAMILIAR				
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	NÚMERO CELULAR	CIUDAD
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	NÚMERO CELULAR	CIUDAD

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BANCO	NÚMERO CUENTA	MONEDA	CIUDAD - PAÍS
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁLES? _____			

DECLARACIÓN DE FUENTE 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 fuente de fondos a la Cooperativa de Trabajadores de las Empresas de la Organización Carvajal, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa No. 14 de 2000, Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito a término. Declaro y autorizo a Coopcarvajal para que la verifique

1. Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes: _____

2. Los recursos que entregué en depósito no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a COOPCARVAJAL a saldar mis cuentas de ahorro y depósitos que tengan en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. En constancia de haber leído y aceptado, lo anterior, firmo el presente documento.

NOTA: Certifico que toda la información que he consignado aquí es veraz y me comprometo a actualizarla anualmente y a suministrar los demás datos que requiera la Cooperativa, manifestando tener pleno conocimiento que de ellos dependerá el goce de los servicios establecidos por la misma.

FIRMA ASOCIADO	HUELLA INDICE DERECHO	CIUDAD	FECHA		
			D	M	A
C.C No.					

