

# FORMULARIO DE INGRESO ASOCIADO



Diligencie todos los campos del formulario sin tachones ni enmendaduras. En caso de no contar con algún dato, por favor coloque una "raya horizontal" o escriba "no aplica" en el espacio correspondiente.

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE _____			FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA		LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD - PAÍS)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO OTRO: _____
NIVEL ACADÉMICO BACHILLER <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>	CIUDAD - DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA			BARRIO	
	TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL PROPIETARIO		TELÉFONO DEL PROPIETARIO		PARENTESCO CON EL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ CUÁL: _____
ESTRATO	TELÉFONO FIJO		NÚMERO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL		
ENTIDAD BANCARIA DONDE TIENE LA CUENTA PERSONAL				NÚMERO DE CUENTA			TIPO DE CUENTA <input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE

## OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

CÓDIGO CIU ASALARIADO 0010 <input type="checkbox"/>	PROFESIÓN		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA			CIUDAD DONDE LABORA
DIRECCIÓN DONDE LABORA		TELÉFONO EMPRESA	EXTENSIÓN
ÁREA O DEPENDENCIA		CARGO	
CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO		ENVIAR CORRESPONDENCIA AL CORREO: PERSONAL <input type="checkbox"/> CORPORATIVO <input type="checkbox"/>	

## OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿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? _____			

## INFORMACIÓN FINANCIERA ACTUAL (VALOR EN PESOS COLOMBIANOS)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIO MENSUAL (según carta laboral)	\$ _____	CUOTA DE OBLIGACIONES (financieras y tarjetas de crédito)	\$ _____	INMUEBLES	\$ _____
PERIODICIDAD DE PAGO	QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>	GASTOS PERSONALES	\$ _____	VEHÍCULO	\$ _____
*OTROS INGRESOS	\$ _____	TOTAL EGRESOS	\$ _____	OTROS (acciones, bonos y maquinaria)	\$ _____
*DETALLAR OTROS INGRESOS DIFERENTES A SU SALARIO				TOTAL ACTIVOS	\$ _____
				PASIVOS	
				TOTAL PASIVOS	\$ _____
¿DECLARA RENTA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es SÍ, adjunte copia de la última declaración de renta presentada.					

## PERSONA EXPUESTA POLÍTICA O PÚBLICAMENTE (PEP)

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____	¿OCUPA ALGÚN CARGO CUYAS DECISIONES IMPACTEN LA SOCIEDAD O LA POLÍTICA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____
¿OSTENTA ALGÚN CARGO PÚBLICO? (según Decreto 1674 de 2016) SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____	¿TIENE ALGÚN FAMILIAR O PARIENTE CONSIDERADO PEP? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARENTESCO _____ Si su respuesta es SÍ, diligencie el formulario de información familiar.

**REFERENCIA PERSONAL O FAMILIAR**

NOMBRES Y APELLIDOS		DIRECCIÓN	
CIUDAD	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO	PARENTESCO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ CUÁL: _____

**SEÑORES COOPCARVAJAL,**

Atentamente solicito mi admisión como asociado a la Cooperativa Coopcarvajal, para lo cual he registrado la información requerida. Manifiesto a ustedes que adhiero al acta de constitución de la Cooperativa y acepto el Estatuto y los reglamentos vigentes.

**ANTES DE FIRMAR SÍRVASE LEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**
**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PARA EL PAGO DE APORTES ORDINARIOS**

Conforme a disposiciones legales y estatutarias, AUTORIZO al pagador de la empresa en la cual trabajo para que deduzca mensualmente de mi salario en favor de Coopcarvajal el \_\_\_\_\_% de mi salario como Aportes Ordinarios.

De acuerdo con las condiciones para ser asociado y el límite al pago de aportes establecidos en el Estatuto, el Aporte Ordinario mínimo es del 2% del salario, con un tope máximo del 2% sobre siete (7) S.M.M.L.V.

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es veraz, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a Coopcarvajal, en cumplimiento a lo señalado en la Ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes. Declaro que:

1. Los bienes y recursos que poseo y he informado a Coopcarvajal no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

2. Los recursos que entrego o entregaré a la Cooperativa como depósitos de ahorro a la vista, contractuales y a término o para el pago de créditos, seguros y servicios que en el futuro tomaré, provienen de las siguientes fuentes:

Salarios y demás pagos laborales  Honorarios profesionales  Comisiones  Intereses y rendimientos financieros  Otros , especificar cuál (por favor no escribir genéricos, como por ejemplo: comerciante, asesorías, independiente)

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 realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo a la Cooperativa a saldar mis cuentas de ahorro, depósitos y las obligaciones que tenga en ésta entidad, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a Coopcarvajal 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.

**APERTURA DE CUENTA DE AHORRO A LA VISTA**

Coopcarvajal, autorizada para captar ahorros de sus asociados mediante Resolución 0189 del 16 de mayo de 2000 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, y el abajo firmante de esta solicitud, aceptan abrir cuenta de ahorros conforme a lo establecido en las normas legales vigentes y demás disposiciones concordantes al Estatuto y al Reglamento de Ahorros de la Cooperativa.

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

Manifiesto que la información que suministro a Coopcarvajal es cierta y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica sin ninguna limitación mientras subsista alguna relación con la Cooperativa. Me comprometo a actualizarla anualmente y a suministrar los demás datos requeridos por la Cooperativa, manifestando tener pleno conocimiento que de ello dependerá el goce de los productos y servicios ofrecidos por Coopcarvajal.

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

FIRMA ASOCIADO _____ C.C No.	HUELLA ÍNDICE DERECHO
------------------------------------	--------------------------

CIUDAD	FECHA MM / DD / AA
--------	-----------------------

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA**

FECHA DE CHARLA DE INGRESO	MM / DD / AA HORA:	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
FECHA DOCUMENTOS RECIBIDOS A SATISFACCIÓN	MM / DD / AA	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
FECHA VERIFICACIÓN LA/FT	MM / DD / AA	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
APROBACIÓN DIRECTOR COMERCIAL	MM / DD / AA	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO

**RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN**

	FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (150%)
	CARTA LABORAL INFERIOR A 30 DÍAS
	FORMATO DE INFORMACIÓN FAMILIAR (SI APLICA)
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS
	DECLARACIÓN DE RENTA (SI EL ASOCIADO MARCA SI)
	OTROS

OBSERVACIONES

NÚMERO DE CONSULTA LA/FT:
---------------------------

VIGILADA

SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA

