



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

EXCLUSIVO COOTRANOR

PRIMER INGRESO SEGUNDO INGRESO TERCER INGRESO

1ra. Fecha Retiro: DD MM AAAA 2da. Fecha Retiro: DD MM AAAA

FECHA DILIGENCIAMIENTO OFICINA TIPO DE ASOCIADO QUIEN RECOMIENDA

DÍA MES AÑO

Servidor público Pensionado Independiente Familiar asociado: Cónyuge o compañero(a) permanente Hijo(a)

DATOS PERSONALES

Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

Tipo documento de identificación C.C. C.E. PAS No. de identificación Lugar de expedición Sexo M F

Fecha de nacimiento Lugar Departamento Estado civil Casado Soltero Separado Unión libre

Dirección residencia Barrio Teléfono Celular Ciudad Estrato

Profesión, ocupación, oficio Entidad donde labora Dependencia Ciudad Localidad

Cargo Dirección de la entidad Teléfono Extensión Correo electrónico

Tipo de contrato Provisional Carrera Administrativa No aplica Fecha de ingreso a la entidad Día MES AA Sueldo actual Tipo de vivienda Propia Arriendo Familiar

Nivel de Estudios Primaria Secundaria Técnico/Tecnólogo Profesional Especialización Educación Cooperativa Ninguna Avanzada Básica Media

Declara Renta SI NO Actividad económica CIU

Goza de reconocimiento público SI NO Administra recursos públicos SI NO Ejerce algún grado de poder público SI NO

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal \$ Otros Ingresos \$ Especificar

Sus ingresos provienen de Es afiliado a otra entidad SI NO Cuál?

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera SI NO Posee cuentas en moneda extranjera SI NO Declaro que no realizo Transacciones en moneda extranjera

Cuáles? Banco No. Cuenta País Ciudad Moneda Firma Asociado

HUELLA INDICE DERECHO

INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS	PASIVOS
Inversiones	Obligaciones con otras entidades financieras
Inmuebles urbanos y rurales	Otros pasivos
Vehículos	TOTAL PASIVOS
Otros activos	TOTAL PATRIMONIO
TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO

PERSONAS A CARGO

Nombre y Apellidos	No. de identificación	Fecha Nacimiento	Parentesco
1		DÍA MES AA	
2		DÍA MES AA	
3		DÍA MES AA	
4		DÍA MES AA	
5		DÍA MES AA	

Tiene seguro exequial? SI NO Desea afiliarse? SI NO

En caso de afiliarme a un Plan Exequial, autorizo al pagador de para que descuenta de mi salario o cualquier otro emolumento la suma correspondiente a la inscripción y anualmente el valor correspondiente a la renovación a la misma. Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nómina conforme a la autorización aquí otorgada, me obligo a realizar los pagos mensualmente de dichas cuotas en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta corriente que se me indique. Si pasados tres meses de la fecha de renovación no he realizado el respectivo pago autorizo mi desvinculación del Plan exequial.

Tiene algún familiar afiliado a la cooperativa SI NO

Nombres: Cédula Nombres: Cédula Nombres: Cédula

VIGILADO Supersolidaria

GRAFICOOP www.graficoop.com.co - Tel. 4340021

REFERENCIAS

FAMILIAR	Nombre	Teléfono
	Parentesco	Celular
PERSONAL	Nombre	Teléfono
	Parentesco	

BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento delego como beneficiario del saldo de aportes, ahorros y auxilios de captación a las siguientes personas

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	DIRECCIÓN	%
1					
2					
3					
4					
5					

* Es de aclarar que las personas relacionadas en el cuadro anterior, son los directos beneficiarios de los auxilios que se lleguen a otorgar por mi fallecimiento

Declaro que la información suministrada en este formulario concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Autorizo de forma permanente e irrevocable a Cootranor, para verificar la información suscita en este formulario. Acepto la calidad de Asociado a Cootranor, sus estatutos y reglamentos, así mismo acepto que el valor a aportar está sujeto al sueldo que devengo y tendrá el correspondiente incremento anual. En caso de estar vinculado como trabajador a alguna empresa, mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, así como cualquier otra suma que resultare a mi favor, garantizarán cualquier saldo a mi cargo en caso de retiro de la cooperativa. Si mi vinculación es como asociado independiente, o en caso de que no se efectúe el descuento por nómina, me comprometo a efectuar aportes sociales por caja de acuerdo al monto establecido, de manera mensual y oportuna. Me comprometo a pagar en forma permanente y por periodos mensuales el valor de la contribución con cargo al Fondo Mutual de Cootranor, establecido por la asamblea general de Delegados, el cual no será reembolsable. Declaro que mis ingresos y mis activos provienen de Actividades Lícitas. Igualmente declaro que no admitiré que terceros manejen depósitos a mis cuentas y, de ninguna manera si estos provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a Cootranor para que obtenga de cualquier fuente de información, referencias relativas a mi persona, para reportar y consultar a las Centrales de Información o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente. Autorizo a Cootranor a realizar actualizaciones de datos, y al envío de notificaciones e información comercial de forma permanente e irrevocable y mientras existan vínculos comerciales, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, comunicación telefónica fija y móvil y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro Cootranor identifique como sitios de localización. Me comprometo durante la vigencia del vínculo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que reporta la Cooperativa por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no la notifique, entendiend que en caso de incumplimiento Cootranor s estará en libertad de cancelar el presente vinculo. Autorizo la utilización de la Biometría como medio de identificación. Certificando que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, lo firmo a continuación con huella.

FIRMA DEL ASOCIADO

VALOR DE APORTE SOCIAL \$

C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Fecha de realización de la entrevista

Hora

Nombre y firma funcionario quien realizó la entrevista

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información

Fecha verificación información

Hora

OBSERVACIONES:

Vo. Bo. Ingreso información en aplicativo:

Nombre

Firma

DOCUMENTOS ANEXOS

REQUISITO	SERVIDOR PÚBLICO	PENSIONADO	HIJO DE ASOCIADO CÓNYUGE, COMPAÑERO(A) PERMANENTE
Fotocopia legible documento de identidad.	X	X	X
Desprendible de pago del último mes o acta de posesión o resolución de nombramiento.	X		
Desprendible de pago mesada pensional del último mes.		X	
Certificación de ingresos permanentes por concepto de relación laboral o certificación de ingresos expedida por Contador Público con fotocopia legible de la tarjeta profesional y el certificado digital expedido por la Junta Central de Contadores.			X
Fotocopia legible Registro Civil de Nacimiento (en caso de hijo(a)).			X
Fotocopia legible Registro Civil de Matrimonio o declaración extrajuicio de convivencia con fecha menor a 30 días (en caso de cónyuge o compañero(a) permanente).			X
Declaración de renta del último año gravable disponible (si declara)	X	X	X

VERIFICADO
LISTA
CLINTON

EXCLUSIVO COMITÉ DE AFILIACIONES

FECHA DE REUNIÓN	ACTA No.	ESTADO	FIRMAS