



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

EXCLUSIVO COOPEBIS															
PRIMER INGRESO <input type="checkbox"/>				SEGUNDO INGRESO <input type="checkbox"/>				TERCER INGRESO <input type="checkbox"/>							
1ra. Fecha Retiro:			DD	MM	AAAA	2da. Fecha Retiro:			DD	MM	AAAA				
FECHA DILIGENCIAMIENTO		OFICINA		TIPO DE ASOCIADO											
DÍA	MES	AÑO	Servidor público <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Familiar asociado: Cónyuge o compañero(a) permanente <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/>												
DATOS PERSONALES															
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres									
Tipo documento de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>			No. de identificación			Lugar de expedición			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>						
Fecha de nacimiento			Lugar			Departamento			Estado civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>						
Dirección residencia			Barrio		Teléfono		Celular		Ciudad		Estrato				
Profesión, ocupación, oficio			Entidad donde labora		Dependencia		Ciudad		Localidad						
Cargo		Dirección de la entidad			Teléfono		Extensión		E-mail						
Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> Carrera Administrativa <input type="checkbox"/> No aplica			Fecha de ingreso a la entidad DÍA MES AA			Sueldo actual			Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar						
Nivel de Estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización			Educación Cooperativa <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Avanzada <input type="checkbox"/> Media												
Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Actividad económica _____ CIU _____													
Goza de reconocimiento público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Administra recursos públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Ejerce algún grado de poder público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal \$ _____				Otros Ingresos \$ _____				Especificar _____							
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA															
Realiza operaciones en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Declaro que no realizo Transacciones en moneda extranjera									
Cuáles? _____															
Banco _____															
No. Cuenta _____															
País _____			Ciudad _____			Moneda _____			Firma Asociado _____			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA ÍNDICE 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Desea afiliarse? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
<small>En caso de afiliarme a un Plan exequial, autorizo al pagador de para que descunte 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.</small>															
Tiene algún familiar afiliado a la cooperativa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Nombres:				Cédula							
Nombres:				Cédula				Nombres:				Cédula			
Nombres:				Cédula				Nombres:				Cédula			

VIGILADO Supersolidaria

GRAFICOP www.graficop.com.co - Tel. 434021

FO- MA-023/VERSIÓN 06/1-09-11

RADICACIÓN DE AFILIACIONES A COOPEBIS

No. DE CÉDULA _____

FECHA _____

FIRMA ASESOR _____

OFICINA _____

 DIRECCIÓN GENERAL: Carrera 31A No. 25A - 17 - PBX: 368 70 09
 OFICINA CENTRO: Carrera 8 No. 18-41 PBX: 742 90 30
 E-mail: info@coopebis.com - www.coopebis.com

REFERENCIAS

FAMILIAR	Nombre	Teléfono
	Parentesco	Celular
PERSONAL	Nombre	
	Parentesco	Teléfono

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 Coopebis, para verificar la información suscrita en este formulario. Acepto la calidad de Asociado a Coopebis, 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 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 Mutuo de Coopebis, 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 efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a Coopebis 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 Coopebis 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 Coopebis 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, entendiendo que en caso de incumplimiento Coopebis estará en libertad de cancelar el presente vínculo. 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

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 al 150%.	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