

1. USO EXCLUSIVO DE COOCRESER																	
Tipo de Solicitud		Fecha Diligenciamiento			Tipo de Asociado y Actividad Económica Principal						Forma de Pago						
<input type="checkbox"/> Vinculación Nuevo Asociado	<input type="checkbox"/> Reingreso	<input type="checkbox"/> Actualización Datos	DD	MM	AA	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Pensionado	<input type="checkbox"/> Menor Edad	<input type="checkbox"/> Profesional Independiente	<input type="checkbox"/> Cesante	<input type="checkbox"/> Microempresario	<input type="checkbox"/> Rentista de Capital	<input type="checkbox"/> Caja	<input type="checkbox"/> Descuento Nómina	<input type="checkbox"/> Débito Automático
		Ciudad o Municipio															

2. DATOS E INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE																	
Nombres y Apellidos															Sexo		
															<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Tipo de Identificación				Número de Identificación				Ciudad o Municipio Expedición de la Identificación				Fecha de Expedición					
<input type="checkbox"/> C.C	<input type="checkbox"/> C.E	<input type="checkbox"/> T.I	<input type="checkbox"/> R.C	<input type="checkbox"/> Otro									DD	MM	AA		
Fecha Nacimiento			Ciudad o Municipio de Nacimiento			Factor RH		Estrato Socioeconómico			Mujer Cabeza Familia		Profesión u Oficio				
DD	MM	AA						1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Estado Civil					Nivel Educativo					Personas a Cargo		Tipo de Vivienda		Zona Ubicación			
Soltero	Casado	Divorciado	Unión Libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado			Propia	Arriendo	Familiar	Rural	Urbano	
Dirección de Domicilio						Barrio			Ciudad			Departamento					
Correo Electrónico						Número Celular			Teléfono								
Diligenciar en caso de Afiliación de Menores de Edad																	
Nombres y Apellidos del Representante Legal del Menor de Edad															Parentesco		
Tipo de Identificación		Número de Identificación			Ciudad o Municipio Expedición de la Identificación						Fecha de Expedición						
<input type="checkbox"/> C.C	<input type="checkbox"/> C.E	<input type="checkbox"/> Otro										DD	MM	AA			

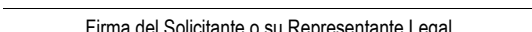
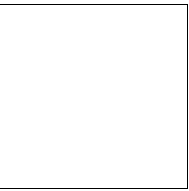
3. DETALLES DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA																	
EMPLEADO INDEPENDIENTE	Tipo de Contrato			Nombre de la Empresa donde Labora									Tipo de Empresa				
	<input type="checkbox"/> Término Fijo	<input type="checkbox"/> Indefinido											<input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Mixta		
	<input type="checkbox"/> Obra / Labor	<input type="checkbox"/> Propietario		Dirección de la Empresa									Teléfonos				
	<input type="checkbox"/> Prestación de Servicios																
	Ciudad o Municipio			Cargo (para Empleados) o Actividad (para Independientes)						Fecha de Ingreso			Fecha de Terminación				
									DD	MM	AA	DD	MM	AA			
PENSIONADO		<input type="checkbox"/> Colpensiones	<input type="checkbox"/> Fopep	<input type="checkbox"/> Fidupervisora	<input type="checkbox"/> Otra	Cual:											
ESTUDIANTE		Nombres y Apellidos de quien Aporta los Dineros del Estudiante Dependiente						Tipo de Identificación			Número de Identificación						
								<input type="checkbox"/> C.C	<input type="checkbox"/> C.E	<input type="checkbox"/> Otro							

4. INFORMACIÓN FINANCIERA																	
Total Activos (Propiedades)			Total Pasivos (Deudas)			Ingresos Mensuales (Act. Principal)			Otros Ingresos Mensuales			Gastos (Egresos) Mensuales					
\$			\$			\$			\$ *			\$					
* Descripción Otros Ingresos Mensuales:																	
Declara Renta		Información sobre los Activos (Propiedades del Asociado)															
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Casa o Apartamento			Lote o Finca			Carro o Moto			Maquinaria			Otros			
Valor Comercial:		\$	\$	\$	\$	\$	\$										
Declaración Administración de Recursos Públicos y Operaciones en Moneda Extranjera																	
Ejerce o a ejercido en los últimos 3 años alguna función pública en Entidades del Estado u Organización Extranjera?												<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
												<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
Posee Cuentas en Moneda Extranjera?												<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
Número de Cuenta:												Banco:			Moneda:		
Tipo de Cuenta:												Ciudad:			País:		
Compromiso de Pago Cuota de Afiliación y Aportes Sociales																	
De acuerdo a mis ingresos declarados me comprometo a realizar Aportes Sociales Mensuales a COOCRESER por:												% o \$			Cuota de Afiliación: \$		
Registro de Cuenta Bancaria para Transferencia y/o Débito Automático																	
Entidad Financiera				Número de la Cuenta				Sucursal		Tipo de Cuenta		Día Descto					
										<input type="checkbox"/> Ahorros		<input type="checkbox"/> Corriente					

5. REFERENCIAS										
Tipo	Nombres y Apellidos				Dirección			Teléfono		Ciudad
Familiar										
Personal										
Referencia Cooperativa (Asociado Coocreser):					Teléfono:			Afinidad:		<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amistad

6. GRUPO FAMILIAR Y BENEFICIARIOS								
No. Documento	Nombres y Apellidos	Fecha Nacimiento	Parentesco	Teléfono	Designación como:			
					A Cargo	Beneficiario	%	

7. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES
<p>1. Declaro que el origen de los bienes y/o fondos para los aportes y demás pagos a COOCRESER provienen de actividades lícitas, las cuales relacioné en la información financiera del presente formato y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.</p> <p>2. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a COOCRESER o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: a) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. b) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, suministrar y solicitar ante los operadores, centrales de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda mi información que se derive de las operaciones que celebre con COOCRESER, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de conformidad con lo preceptuado en la ley de Habeas Data, de Protección de Datos Personales y demás Normas Legales que rigen la Cooperativa. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento financiero y en general del comportamiento de mis obligaciones. c) Enviarme información relativa a mi estado de cuenta y con fines de promoción de los servicios de COOCRESER a mi correo electrónico, teléfono móvil u otro medio registrado. d) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en la Cooperativa, todos los valores originados en las operaciones y servicios que COOCRESER me suministre. e) Al pagador de la entidad para la cual laboro, para que descuente de mi salario, compensaciones y/o prestaciones sociales, lo correspondiente a los aportes sociales, cuota de afiliación y en general todos los valores que estuvieran a mi cargo en COOCRESER.</p> <p>3. Declaro que: a) Me comprometo a actualizar anualmente y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por COOCRESER. b) Me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar y/o eliminar la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a COOCRESER no utilizar o revocar mi información personal. c) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de Datos Personales. d) COOCRESER me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. e) En caso de fallecimiento, mis aportes y demás beneficios a que tenga derecho como asociado de COOCRESER sean dedicados en primer instancia a cancelar las deudas pendientes con COOCRESER y en caso de remanente a mi favor, entregar en forma porcentual a las personas que designé en este formulario como beneficiarios.</p>

8. FIRMA Y HUELLA	
Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:	
	
Firma del Solicitante o su Representante Legal	Huella
Nombre Completo: _____	
Número de Identificación: _____ de _____	

9. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA			10. ENTREVISTA O VISITA				11. CONFIRMACIÓN DATOS			
Documentos		Cumple	Fecha:	DD	MM	AA	Fecha:	DD	MM	AA
Formato Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado		SI NO	Observaciones:				Observaciones:			
Fotocopia del Documento de Identificación ampliado al 150%		SI NO								
Desprendible Nómina, Certificación Laboral o de Ingresos y Retenciones		SI NO								
Declaración de Renta, Extracto Bancario u otros de reconocido Valor Técnico		SI NO								
Autorización para Manejo de Recursos Públicos		SI NO								
Certificado Curso de Cooperativismo		SI NO	Quien Entrevista o Visita:				Quien Verifica:			

Resultado Consulta en Listas Restrictivas:	Reportado:	SI	NO	Listas:	
Observaciones:					

Aceptado como Asociado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Observaciones:
---	----------------