

## FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

Fecha diligenciamiento MM/ DD/ AAAA Hora: \_\_\_\_\_ Fecha primer descuento MM/ DD/ AAAA Código \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

No. IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ TIPO CC \_\_\_ CE \_\_\_ PAS. \_\_\_ FECHA DE EXP. MM / DD / AAAA

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO MM / DD / AAAA

ESTADO CIVIL: CASADO \_\_\_ SOLTERO \_\_\_ UNIÓN LIBRE \_\_\_ VIUDO (A) \_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_ No. HIJOS \_\_\_\_\_ PERSONAS A CARGO \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS: PRIMARIA \_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_ TÉCNICO \_\_\_ TECNÓLOGO \_\_\_ PROFESIONAL \_\_\_ ESPECIALIZACIÓN \_\_\_ OTRO \_\_\_ CÚAL \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ ES CABEZA DE HOGAR? SI \_\_\_ NO \_\_\_

DIRECCIÓN DOMICILIO: \_\_\_\_\_ INTERIOR \_\_\_ TORRE \_\_\_ BLOQUE \_\_\_ APTO. \_\_\_ CASA \_\_\_

BARRIO: \_\_\_\_\_ ESTRATO \_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ DEPTO. \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD PRINCIPAL: ASALARIADO \_\_\_ PENSIONADO \_\_\_ OTRA ACTIVIDAD \_\_\_\_\_ CIU \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

TIPO CONTRATO: \_\_\_\_\_ EMP. PÚBLICO \_\_\_ TRAB. OFICIAL \_\_\_ FECHA DE INGRESO MM / DD / AAAA

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_ MANEJA RECURSOS PÚBLICOS SI \_\_\_ NO \_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ DECLARA RENTA SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿ES USTED O TIENE RELACIÓN CERCANA CON UNA PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE?: SI \_\_\_ NO \_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

ES USTED UNA PERSONA QUE REALIZA ACTIVIDADES DE CANJE DE DINEROS, TRANSFERENCIAS, FONDOS, FIDEICOMISOS, REMESAS, SI \_\_\_ NO \_\_\_

DETALLE Y ADJUNTE DOCUMENTOS: \_\_\_\_\_

ENTIDADES CON LA CUAL TIENE SERVICIOS FINANCIEROS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA: DOMICILIO \_\_\_ OFICINA \_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_ OTRA \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Activos		Pasivos	
Saldo en efectivo (ahorros, inversiones)	\$.	Créditos Hipotecarios	\$.
Valores por cobrar (Letras, cheques)	\$.	Créditos Consumo	\$.
Vehículos (Motos, autos, camionetas)	\$.	Tarjetas de Créditos	\$.
Muebles/Equipos (Muebles, pc, celular)	\$.	Créditos Prestamistas	\$.
Inmuebles (Casas, fincas, lotes, aptos.)	\$.	Otros Créditos	\$.
<b>Total</b>	<b>\$.</b>	<b>Total</b>	<b>\$.</b>
<b>Ingresos Mensuales</b>	<b>\$.</b>	<b>Gastos Mensuales</b>	<b>\$.</b>

Detalle de otros ingresos \_\_\_\_\_

TIPO DE VIVIENDA PROPIA \_\_\_ FAMILIAR \_\_\_ ARRENDADA \_\_\_ NOMBRE PROPIETARIO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ VALOR CANON \$ \_\_\_\_\_ FECHA CONTRATO DESDE MM / DD / AAAA HASTA MM / DD / AAAA

HIPOTECA SI \_\_\_ NO \_\_\_ A FAVOR DE \_\_\_\_\_

### OPERACIÓN MONEDA EXTRANJERA

- REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI \_\_\_ NO \_\_\_ CUALES \_\_\_\_\_ PROMEDIO \_\_\_\_\_
- POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA SI \_\_\_ NO \_\_\_ BANCO \_\_\_\_\_ No. CUENTA \_\_\_\_\_  
MONEDA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_
- DECLARO QUE **NO** REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

\_\_\_\_\_

FIRMA – No. IDENTIFICACIÓN

**PROPÓSITO DE AFILIACIÓN – PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE DESEA UTILIZAR (Múltiple Selección)**

CRÉDITO ____ AUXILIOS ____ ACTIVIDADES ____ TASA INTERÉS ____ EDUCACIÓN ____ BENEFICIOS ____ PARA PERTENECER AL SECTOR COOPERATIVO ____ FACILIDADES TRÁMITE DE CRÉDITO ____ OTRO _____
---


**REFERENCIAS**

PERSONAL	Nombres y apellidos		No. Teléfono	
FAMILIAR	Nombres y apellidos	Parentesco	No. Teléfono	

**PARENTESCO CON PERSONAS ASOCIADAS O QUE LABORAN EN LA COOPERATIVA**

Nombres y apellidos	C.C.	No. Teléfono	Parentesco

**AUTORIZACIONES – CERTIFICACIONES - DECLARACIONES**

Autorizo voluntariamente el envío de información relacionada a Coopdisalud vía mensajes SMS, correo electrónico y WhatsApp.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Autorizo al señor(a) jefe de personal y/o técnico de nómina descontar para aportes sociales de mi sueldo básico el _____ % mensual (De conformidad al Estatuto entre el 2 % y el 10 % de la asignación básica mensual) con destino a Coopdisalud Ltda.		
Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.		
Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.		
Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información ante la Cooperativa.		
Declaro que mis ingresos y bienes, son lícitos y provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.		
Declaro que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, incluso la que no esta escrita de mi puño y letra.		
_____ <b>FIRMA – No. IDENTIFICACIÓN</b>		
Documentos anexos: Fotocopia cédula al 150%.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Último desprendible de pago mensual.	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Registro civil hijos menores de 12 años y/o con discapacidad sin límite de edad.	<b>SI</b>	<b>NO</b>

**PARA USO EXCLUSIVO DE COOPDISALUD LTDA.**

PROCESO	NOMBRE QUIEN REALIZA EL PROCESO	FIRMA	IDENTIFICACIÓN	FECHA
Vinculación				MM / DD / AAAA
Validación datos				MM / DD / AAAA
Verificación Oficial C.				MM / DD / AAAA

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

Aprobación reunión Consejo de Administración: \_\_\_\_\_ Firmas \_\_\_\_\_

Fecha MM / DD / AAAA Acta No. \_\_\_\_\_ Presidente \_\_\_\_\_ Secretario \_\_\_\_\_