

# SOLICITUD DE INGRESO

Favor diligenciar completamente esta solicitud

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE											
NOMBRES Y APELLIDOS				TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD		IDENTIFICACIÓN		DE		SEXO	
				C.C. <input type="checkbox"/>		CE <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
				T.I. <input type="checkbox"/>		PASAPORTE <input type="checkbox"/>					
FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	LUGAR DE NACIMIENTO				DEPARTAMENTO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS:	
										SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA				BARRIO				CIUDAD			
TEL. RESIDENCIA				CELULAR		ESTADO CIVIL		No. DE PERSONAS A CARGO		VIVE EN CASA	
						SOLTERO <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		PROPIA <input type="checkbox"/>	
						CASADO <input type="checkbox"/>		UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL						SEPARADO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>	
										2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO						SERVICIO PÚBLICO <input type="checkbox"/>		PIGNORADO SI <input type="checkbox"/>		ALQUILADA <input type="checkbox"/>	
						PRIVADO <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
VEHÍCULO MARCA		MODELO		PLACA		ENTIDAD					
NÚMERO DE CUENTA DONDE DESEA QUE COOPEMSURA LE CONSIGNE				TIPO DE CUENTA		ENTIDAD BANCARIA					
				AHORROS <input type="checkbox"/>		CORRIENTE <input type="checkbox"/>					

DETALLE INFORMACIÓN FINANCIERA				INFORMACIÓN BALANCE PERSONAL			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO FIJO	\$	GASTOS FAMILIARES	\$	ACTIVOS CORRIENTES (AHORROS E INVERSIONES)	\$	PASIVOS FINANCIEROS (Deudas Financieras)	\$
SALARIO VARIABLE	\$	ARRENDAMIENTO	\$	BIENES RAÍCES	\$	PASIVOS CORRIENTES (Deudas con terceros)	\$
ARRENDAMIENTOS	\$	CUOTA DE CRÉDITO HIPOTECARIO	\$	VEHÍCULOS	\$	OTROS PASIVOS	\$
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	\$	OTROS CRÉDITOS	\$	OTROS ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$
COMISIONES Y HONORARIOS	\$	OTROS EGRESOS	\$	TOTAL ACTIVOS	\$		
OTROS INGRESOS	\$	¿CUÁLES?					
¿CUÁLES?		TOTAL EGRESOS MENSUALES	\$				
TOTAL INGRESOS MENSUALES	\$						
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁLES? _____							
¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> BANCO: _____ MONEDA: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____							
CIUDAD: _____ PAÍS: _____							

INFORMACIÓN LABORAL															
EMPRESA DONDE LABORA						NOMBRE DE LA OFICINA O DEPENDENCIA									
FECHA DE INGRESO	A	M	D	DIRECCIÓN OFICINA				TELÉFONO OFICINA							
FAX		MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PROFESIÓN		CARGO							
TIPO DE CONTRATO								FECHA DE FINALIZACIÓN DEL CONTRATO		A		M		D	
TÉRMINO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> PRACTICANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿CUAL?															
CÓDIGO DE NÓMINA		NIVEL DE ESTUDIOS		¿CUAL?		TÍTULO OBTENIDO									
		PRIMARIA <input type="checkbox"/> CURSOS <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>													
		SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>													

INFORMACIÓN DEL CONYUGE															
NOMBRES Y APELLIDOS				IDENTIFICACIÓN		DE		FECHA DE NACIMIENTO		A		M		D	
EMPRESA DONDE LABORA				CARGO		TELÉFONO EMPRESA U OFICINA		PROFESIÓN							

DEDUCCIONES MENSUALES AUTORIZADAS				
APORTES SOCIALES (Mínimo 6% SMMLV)	AHORRO A LA VISTA (Mínimo 5.8% SMMLV)	AHORRO EDUCATIVO (Mínimo 5.8% SMMLV)	AHORRO NAVIDEÑO (Mínimo 5.8% SMMLV)	AHORRO TU SUEÑO SEGURO (Mínimo 5.8% SMMLV/ Plazo: 6-36 meses)
\$	\$	\$	\$	\$

DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS DEL SERVICIO														
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO		No. DE IDENTIFICACIÓN		T.I. O NIUP C.C. <input type="checkbox"/>		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO		A	M	D
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO		No. DE IDENTIFICACIÓN		T.I. O NIUP C.C. <input type="checkbox"/>		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO		A	M	D
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO		No. DE IDENTIFICACIÓN		T.I. O NIUP C.C. <input type="checkbox"/>		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO		A	M	D

- **Asociados casados o en unión libre:** Esposa(o), compañera(o) permanente e hijos de 0 a 18 años.
- **Asociados solteros:** Los hijos y padres, o en su defecto hasta dos hermanos menores de 18 años con dependencia económica.

## ENCUESTA

¿QUE LE MOTIVÓ  
A VINCULARSE  
A COOPEMURA?

AHORRO  CRÉDITO  SERVICIOS Y BENEFICIOS  OTROS  CUÁL(ES)? \_\_\_\_\_

¿QUE ACTIVIDADES  
REALIZA USTED  
EN SU TIEMPO LIBRE?

RECREATIVAS  ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_ EDUCATIVAS  ¿CUALES? \_\_\_\_\_  
CULTURALES  ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_ DEPORTIVAS  ¿CUALES? \_\_\_\_\_

## CONDICIONES

De ser aceptada mi solicitud, autorizo al pagador de \_\_\_\_\_ para que descuente de mi sueldo la suma correspondiente a la cuota de admisión y los valores con destino a mi cuenta personal de aportes y/o ahorros, así como las cuotas extraordinarias que autorice la Asamblea.

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 mediante consignación en la cuenta que se me indique. Para los efectos anteriores declaro que me obligo a cumplir estrictamente los mandatos y disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como los que en el futuro dicten los organismos competentes de Coopemura.

Acepto la calidad de Asociado(a) a Coopemura con los deberes y derechos contemplados en la Ley y en los Estatutos de la Cooperativa, así mismo acepto que el valor a aportar está sujeto al valor del salario mínimo legal vigente en Colombia y tendrá el correspondiente incremento anual.

Declaro que mis ingresos y mis activos provienen de ACTIVIDADES LÍCITAS, tal y como lo informo en esta solicitud. Igualmente declaro que no admitiré que terceros realicen depósitos en mis cuentas, y de ninguna manera, si éstos 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.

Con mi firma en este documento, autorizo a Coopemura, para verificar la información suscrita en este formulario. Así mismo para que consulte y reporte a las centrales de información.

Igualmente me comprometo durante la vigencia del vínculo asociativo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que solicite la Cooperativa, por lo menos una vez al año. No obstante, la actual información estará vigente hasta tanto no sea notificado de mi parte alguna modificación, entendiéndolo que en caso de incumplimiento, Coopemura estará en libertad de cancelar el presente vínculo.

Certificando que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, lo firmo, a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Con mi firma certifico que conozco y acepto los Estatutos y me acojo a las decisiones que determinan la Asamblea General y el Consejo de Administración de Coopemura; y autorizo la deducción de mis aportes sociales y demás ahorros comprometidos de mi nómina a favor de Coopemura.

**Igualmente declaro que: Estando en uso legal de todas mis facultades, es mi voluntad que en caso de mi muerte, les sean entregados mis aportes sociales y demás ahorros que por cualquier concepto tenga en la Cooperativa, a las siguientes personas: (indicar %).**

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C.	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	PORCENTAJE
NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C.	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	PORCENTAJE
NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACIÓN	T.I. O NIUP C.C.	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	A	M	D	PORCENTAJE

Nombre completo y apellidos: \_\_\_\_\_ Documento de Identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(El nombre completo y apellidos, reemplaza la firma)

### ESPACIO PARA USO DE COOPEMURA

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	A	M	D	NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA
FECHA DE LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	A	M	D	NOMBRES Y APELLIDOS DEL EMPLEADO RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

OBSERVACIONES:

#### DOCUMENTOS ANEXOS:

- Fotocopia del documento de identidad.
- Constancia de ingresos (Carta laboral o Certificado de ingresos y retenciones).
- Última colilla de pago.
- Formato Ley de Protección de Datos.

VIGILADA SUPERVISORÍA



DD	MM	AAAA
----	----	------

## LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, Coopemsura solicita la autorización para el manejo de su información personal, de una manera transparente, leal, lícita, segura y confiable, y con los siguientes propósitos: **1)** Mantener un canal de comunicación eficiente con los asociados que facilite el intercambio de información útil, relacionada con los productos y/o servicios ofrecidos por Coopemsura; **2)** Informar sobre nuevos productos o servicios que estén relacionados con el o los contratados o adquiridos en Coopemsura; **3)** Realizar campañas de actualización de datos y satisfacción de asociados; **4)** Informar sobre cambios de los productos o servicios; **5)** Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con los asociados; **6)** Promover y promocionar nuestros productos y servicios; **7)** Reportar información financiera a Centrales de Riesgo; **8)** Entregar información referente a ubicación y créditos de aquellos asociados que se encuentren en mora.

La información contenida en nuestra base de datos, se encuentra protegida por las políticas corporativas para el tratamiento de la información, las cuales garantizan que el almacenamiento y uso de los mismos sean seguros y confidenciales, ya que contamos con las herramientas tecnológicas y el recurso humano idóneo para garantizar que su información esté almacenada de forma segura, evitando el acceso no autorizado de terceras personas y asegurando la confidencialidad de los mismos.

Como constancia de haber leído, comprendido y aceptado el texto anterior, firmo el presente documento.

Nombres completos y apellidos

---

(El nombre completo y apellidos, reemplaza la firma)

Nombre:

Tipo de identificación:

Número de identificación:

Rol en que firma: Aspirante a asociado