

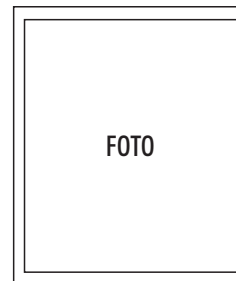


COOPERATIVA CALDENSE DEL PROFESOR Y TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA "COOCALPRO" LTDA.

Nit. 890.803.103-6

PERSONERÍA JURÍDICA N° 506 de Junio 20 de 1977  
Calle 22 N° 20-58 P 3 Edificio Banco Ganadero

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN SOLO DILIGENCIADO POR LA COOPERATIVA



Referido por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

#### PERSONAS NATURALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE DOCUMENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		PAIS DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	
C.C. <input type="checkbox"/>						DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
T.I. <input type="checkbox"/>		N° DE IDENTIFICACIÓN		CIUDAD DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN	
C.E. <input type="checkbox"/>						DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
GENERO		ESTADO CIVIL ACTUAL			OCUPACION		
FEMENINO <input type="checkbox"/>		SOLTERO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	EMPLEADO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	HOGAR <input type="checkbox"/>
MASCULINO <input type="checkbox"/>		CASADO <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	CESANTE <input type="checkbox"/>
TITULO OBTENIDO		NIVEL EDUCATIVO					CIUDAD
		PRIMARIA <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>	MAESTRIA <input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>	FECHA
		BACHILLERATO <input type="checkbox"/>	TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>	ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	DOCTORADO <input type="checkbox"/>		DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
TIENE HIJOS		N° PERSONAS A CARGO		CORREOS ELECTRÓNICOS			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
DATOS DE RESIDENCIA							
TIPO DE VIVIENDA		DIRECCIÓN		BARRIO		ESTRATO	CIUDAD
ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/>							
TELÉFONO FIJO		CELULAR		TIENE VEHICULO		TIPO DE VEHICULO	
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PÚBLICO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/>	
						COLOR	
						PLACA	

POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CIU _____
POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

#### PERSONAS JURÍDICAS

RAZÓN SOCIAL				NIT					
CÁMARA DE COMERCIO				DIRECCIÓN		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TELÉFONO				NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL				N° IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL	
TIPO DE DOCUMENTO		DIRECCIÓN DE DOMICILIO				DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>									
TELÉFONO		TIPO DE EMPRESA			ACTIVIDAD ECONÓMICA				CIU
		PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>							

## 2. INFORMACION LABORAL DEL SOLICITANTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA/EMPRESA DONDE TRABAJA				CARGO			
DIRECCIÓN		BARRIO		SALARIO BASICO		AÑOS DE SERVICIO	
MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TIPO DE CONTRATO		TELÉFONO		FAX	
ES EMPRESA OFICIAL		GRADO DE ESCALAFÓN		MANEJA RECURSOS OFICIALES			
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	FIJO <input type="checkbox"/>				
		APRENDIZAJE <input type="checkbox"/>	SERVICIOS <input type="checkbox"/>				
		TIEMPO EN LA EMPRESA					
		AÑOS <input type="text"/>		MESES <input type="text"/>		SI <input type="checkbox"/>	
						NO <input type="checkbox"/>	
						AMBOS <input type="checkbox"/>	

## 3. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SUELDO		GASTOS FAMILIARES	
ARRENDAMIENTOS		ARRENDAMIENTO	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		CUOTA OTROS CRÉDITOS	
COMISIONES/HONORARIOS		OBLIGACIONES FINANCIERAS	
OTROS INGRESOS		OTROS EGRESOS	
Cuales?		Cuales?	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS	

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN UNA PARTICIPACIÓN MAYOR AL 5%	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN UNA PARTICIPACIÓN MAYOR AL 5%	
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN UNA PARTICIPACIÓN MAYOR AL 5%	

### BALANCE PERSONAL

ACTIVOS		PASIVOS	
AHORRO E INVERSIONES		DEUDAS FINANCIERAS	
VEHÍCULOS		DEUDAS CON TERCEROS	
BIENES INMUEBLES		OTROS PASIVOS	
OTROS ACTIVOS		Cuales?	
Cuales?		TOTAL PASIVOS	
TOTAL ACTIVOS		ACTIVO - PASIVOS	
		TOTAL PATRIMONIO	

OPERACIONES DE MONEDA EXTRANJERA				
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	CUÁLES?			POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/>
NO <input type="checkbox"/>				NO <input type="checkbox"/>
N° CUENTA	BANCO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD
DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA		SI <input type="checkbox"/>		
		NO <input type="checkbox"/>		

## 4. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO	N° DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA	
C.C. <input type="checkbox"/>		DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>
T.I. <input type="checkbox"/>		AÑO <input type="text"/>	PROFESIÓN
C.E. <input type="checkbox"/>	EMPRESA	CARGO	FECHA DE INGRESO
			DÍA <input type="text"/>
			MES <input type="text"/>
			AÑO <input type="text"/>
CELULAR	FIJO	CORREO ELECTRÓNICO	

## 5. REFERENCIAS

PERSONAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DE DOCUMENTO
				C.C. <input type="checkbox"/>
				T.I. <input type="checkbox"/>
				C.E. <input type="checkbox"/>
				PAST <input type="checkbox"/>
N° DOCUMENTO IDENT	CELULAR	DIRECCIÓN	BARRIO/ MUNICIPIO	EMPRESA DONDE LABORA



## 8.1. CERTIFICADO DE RECLAMACIÓN

Autorizo a las personas señaladas para que en caso de mi fallecimiento, reciban lo que me corresponda en los porcentajes (%) señalados a continuación, en la Cooperativa Caldense del Profesor y Trabajadores del Sector Público de la República de Colombia "COOCALPRO" Ltda., conforme a lo establecido en la ley, los estatutos y reglamentos. Manifiesto que esta decisión la tomé libre y voluntariamente sin presión alguna y con todas mis facultades mentales.

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	N° IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	%	APORTE	AHORRO	CDAT
	Día Mes Año							
	Día Mes Año							
	Día Mes Año							
	Día Mes Año							
	Día Mes Año							
	Día Mes Año							

## 9. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Otorgo mi consentimiento a Coocalpro para tratar mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales y por tanto, me comprometo a conocer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en:

[http://coocalpro.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=87&Itemid=79](http://coocalpro.org/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=79). Autorizo a Coocalpro a modificar o actualizar su contenido a fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de servicios o productos, dando aviso previo por medio de la página web de la cooperativa o por correo electrónico. La información del formato del cual forma parte la presente autorización la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

SI  NO

## 10. AUTORIZACIÓN DE CONTRIBUCIÓN

Autorizo descontar de mi salario básico mensual una contribución del 3%.

SI  NO

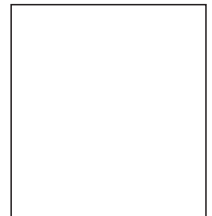
## 11. INCLUSIÓN Y CONSULTA DE DATOS A CENTRALES DE RIESGO

Certifico que la información suministrada es veraz y autorizo su verificación, así mismo me comprometo a actualizar anualmente.

Autorizo, con carácter permanente a COOCALPRO para que con fines estadísticos y de información interbancaria, informe, reporte y consulte a personas y entidades externas o bases de datos públicas y/o privadas, sobre el manejo de mis cuentas, saldos a mi favor, a cargo, sobre mi trayectoria y comportamiento con las instituciones financieras y comerciales del país.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE/C.C.



HUELLA

## 12. REQUISITOS DE AFILIACIÓN

	ASOCIADO
Fotocopia del documento de identidad	
Dos fotos tamaño cédula	
Desprendible de pago	
Carta laboral (si trabaja) o resolución pensión	
Copia del certificado de curso básico de cooperativismo (si lo tiene)	

INFORMACIÓN DE APROBACIÓN		
TIPO DE APROBACIÓN	N° DE ACTA	OBSERVACIONES
APROBADO <input type="checkbox"/>		
RECHAZADO <input type="checkbox"/>	FECHA	
APLAZADO <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE GERENTE