



COOPERATIVA DE PENSIONADOS, EMPLEADOS E INDEPENDIENTES DE

ZIPAQUIRÁ – COOPEINZ

PERSONERIA JURIDICA 989 DEL 4 DE SEPTIEMBRE DE 1946

NIT. 860.024.455-1

SOLICITUD INGRESO ASOCIADO

Página 1 de 2

ASOCIADO NUEVO EX ASOCIADO ASOCIADO ANTIGUO

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

INFORMACIÓN PERSONAL

TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	NUMERO	EXPEDIDA EN: DEPTO.	CIUDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA	NACIONALIDAD
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
FECHA DE NACIMIENTO DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA	LUGAR DE NACIMIENTO DEPTO CIUDAD	SEXO Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> U. libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	EDAD	FOTO RECIENTE
No DE HIJOS	PERSONAS A CARGO	NIVEL ACADEMICO Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>			
PROFESIÓN U OFICIO		VIVE EN CASA Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	ESTRATO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		
DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD/DEPTO			¿ES UD. CABEZA DE FAMILIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TELÉFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL			ENVIO CORRESPONDENCIA Oficina <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD LABORAL

ACTIVIDAD Pensionado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE LABORA			DIRECCIÓN		
TELÉFONO EMPRESA	CARGO	ANTIGÜEDAD		INGRESO MENSUAL		
TIPO DE CONTRATO Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____	FECHA VINCULACIÓN	DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA	FECHA DE VENCIMIENTO	DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA		

INFORMACIÓN DEL CONYUGE

TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	NUMERO	EXPEDIDA EN: DEPTO.	CIUDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA	NACIONALIDAD
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
FECHA DE NACIMIENTO DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AAAA	NIVEL ACADEMICO Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	PROFESIÓN U OFICIO			
NOMBRE EMPRESA EN QUE LABORA	CARGO	ANTIGÜEDAD		INGRESO MENSUAL	
DIRECCION DE RESIDENCIA	CIUDAD	TELÉFONO		E-MAIL	

ACTIVIDAD ECONÓMICA

INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES		
SUELDO Y / O PENSIÓN	\$ _____		ARRIENDO O CUOTA DE VIVIENDA	\$ _____	
HONORARIOS, COMISIONES ETC.	\$ _____		CUOTAS DE CREDITOS	\$ _____	
OTROS INGRESOS COMPROBADOS	\$ _____		GASTOS SERVICIOS (Agua, Luz, Gas, teléfono, internet)	\$ _____	
TOTAL INGRESOS	\$ _____		GASTOS PERSONALES Y FAMILIARES	\$ _____	
Describir otros ingresos			OTROS GASTOS MENSUALES	\$ _____	
			TOTAL EGRESOS	\$ _____	

DESCRIPCIÓN ACTIVOS Y PASIVOS

ACTIVOS			PASIVOS		
TIPO	VALOR COMERCIAL (\$)	¿HIPOTECA O PIGNORADO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO	ENTIDAD	SALDO(\$)
CASA/APTO			PRODUCTOS DE CREDITO		
VEHICULO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TARJETAS DE CREDITO		
ACCIONES			OTRAS OBLIGACIONES		
OTROS ACTIVOS			TOTAL PASIVOS		
TOTAL ACTIVOS					

COOPERATIVA DE PENSIONADOS, EMPLEADOS E INDEPENDIENTES DE ZIPAQUIRÁ – COOPEINZ
SOLICITUD INGRESO ASOCIADO

Página 2 de 2

REFERENCIAS

FAMILIAR

NOMBRE	APELLIDOS	PARENTESCO	CIUDAD
DIRECCIÓN	TELEFONO RESIDENCIA	TELEFONO SITIO DE TRABAJO	E-MAIL

PERSONAL

NOMBRE	APELLIDOS	PARENTESCO	CIUDAD
DIRECCIÓN	TELEFONO RESIDENCIA	TELEFONO SITIO DE TRABAJO	E-MAIL

COMERCIAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN Y CIUDAD	TELÉFONO	E-MAIL
-----------------------	--------------------	----------	--------

BANCARIAS O FINANCIERAS

NOMBRE ENTIDAD	SUCURSAL	TELÉFONO	PRODUCTOS
NOMBRE ENTIDAD	SUCURSAL	TELÉFONO	PRODUCTOS

REGISTRO DE BENEFICIARIOS

Bajo la gravedad del juramento, declaro que es mi voluntad que el (los) beneficiario (s) de los dineros que figuran en la cooperativa por concepto de aportes sociales, seguro de vida, auxilios y demás sean la (s) siguientes personas

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PORCENTAJE (%)	TELÉFONO /E-MAIL

En caso de mi fallecimiento y si mis hijos o beneficiarios son menores de edad, nombro como su representante para reclamar los valores a favor, previo cumplimiento de las normas vigentes y la reglamentación de COOPEINZ, al (la) Sr. (a) _____, identificado (a) con cedula de ciudadanía No _____ de _____, residente en la dirección _____ y teléfono No _____

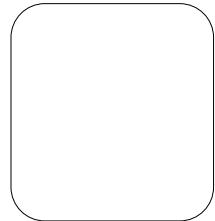
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

VERACIDAD Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: declaro que la información suministrada en este formulario concuerda con la realidad y asumo la responsabilidad por la veracidad de la misma, en caso de comprobarse alguna inexactitud, será causal suficiente para la no aceptación de los servicios por los cuales pretendo acceder. A la vez reconozco la obligación legal de actualizar esta información en caso de cambios en el futuro. En caso contrario acepto el bloqueo de los servicios a los que tengo derecho.

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS. Afirmo que todas mis actividades como. Profesión, ocupación etc. Las ejerzo dentro de las normas legales, por lo tanto, no he entregado ni entregaré a COOPEINZ, por ningún concepto dineros provenientes de actividades ilícitas y tampoco que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectúen transacciones destinadas para tales fines. En caso de infracción que se derive de información errónea, falsa o inexacta COOPEINZ queda eximida de responsabilidad.

Huella (índice derecho)

FIRMA _____
C.C



INFORMACION DE USO COMERCIAL

Refiéranos una empresa o una persona que conozca, a quienes podamos ofrecerle los servicios de COOPEINZ.

Nombre de la empresa: _____ teléfono _____
persona de contacto : _____ teléfono _____

Si usted ha sido referido por un asociado de COOPEINZ, por favor indíquenos. Nombre del asociado que lo presenta _____

ESPACIO EXCLUSIVO DE COOPEINZ

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN, ANALISIS Y CONCEPTO

NOMBRE Y FIRMA QUIEN VERIFICA INFORMACIÓN _____

DECISIÓN

APROBADA <input type="checkbox"/>	APLAZADA <input type="checkbox"/>	NEGADA <input type="checkbox"/>			
ACTA No _____	FECHA <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>DD</td><td>MM</td><td>AAAA</td></tr></table>	DD	MM	AAAA	NOMBRE _____ FIRMA _____
DD	MM	AAAA			