



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 MM AAAA	NACIONALIDAD
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
FECHA DE NACIMIENTO DD MM 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
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"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA	BARRIO	CIUDAD/DEPTO	¿ES UD. CABEZA DE FAMILIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
TÉLEFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL	ENVIO CORRESPONDENCIA Oficina <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/>	

FOTO  
RECIENTE

ACTIVIDAD LABORAL

ACTIVIDAD Pensionado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE LABORA	DIRECCIÓN
TELÉFONO EMPRESA	CARGO	ANTIGÜEDAD
TIPO DE CONTRATO Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____	FECHA VINCULACIÓN DD MM AAAA	FECHA DE VENCIMIENTO DD MM 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 MM AAAA	NACIONALIDAD
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
FECHA DE NACIMIENTO DD MM 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	TÉLEFONO	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	\$ _____
		OTROS GASTOS MENSUALES	\$ _____
		TOTAL EGRESOS	\$ _____
Describir otros ingresos		Describir otros gastos mensuales	

DESCRIPCIÓN ACTIVOS Y PASIVOS

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

**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 (%)	TELEFONO /E-MAIL

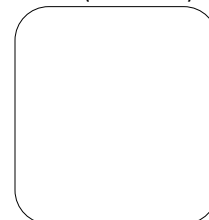
En caso de mi fallecimiento y si mis hijos o beneficiarios son menores de edad, nombro como su representante para reclamar los valores a favor, previo cumplimiento de las normas vigentes y la reglamentación de COOPEINZ, al (la) Sr. (a) \_\_\_\_\_, identificado (a) con cedula de ciudadanía No \_\_\_\_\_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

APLAZADA ☐

NEGADA ☐

ACTA No \_\_\_\_\_

FECHA

DD

MM

AAAA

NOMBRE \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_