



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Fecha: _____

Señores

COOP. INSTITUTORES DE CALDAS “CIDECAL”, al afiliarme me comprometo a cumplir los estatutos, reglamentos internos y demás disposiciones que sobre el sistema cooperativo dicte el gobierno. Para efectos legales doy a continuación los siguientes datos asegurando y autorizando su verificación.

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellidos		Nombres	
Documento de Identidad		Número	
C.C <input type="checkbox"/> T. I <input type="checkbox"/>			Fecha y ciudad de expedición
Género		Fecha de Nacimiento	Ciudad
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Ocupación		Nivel de Estudios	Título Obtenido
Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro _____	Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Grado de escalafón <input type="checkbox"/>		
Estado Civil		N° personas a Cargo	Mujer Cabeza de Familia
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dirección:		Tipo de Vivienda: propia <input type="checkbox"/> arrendada <input type="checkbox"/>	
Estrato:	Ciudad:	Barrio:	
Celular:			Teléfono Fijo:
Pertenebió antes a esta Cooperativa		Ha recibido cesantías	
Si <input type="checkbox"/> Fecha de retiro: _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parciales <input type="checkbox"/> Totales <input type="checkbox"/>	
Es usted una persona con reconocimiento público: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Administra recursos públicos <input type="checkbox"/>	
Tiene vínculos con una persona con reconocimiento público: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
A que otras cooperativas pertenece:			
Correo electrónico:			

INFORMACION LABORAL

Empresa:	Cargo:
Dirección:	Municipio:
Teléfono:	Tiempo de servicio:
Tipo de contrato	
Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> P. Servicios <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Otros _____	

INFORMACION FINANCIERA

Salario:	Otros Ingresos:	Concepto:
Egresos:	Activos:	Pasivos:
Patrimonio:		
Declara renta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Código Actividad principal (RUT):	

INFORMACION DEL CÓNYUGE

Apellidos		Nombres	
Documento de Identidad		Número	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>			
Género		Fecha y ciudad de expedición	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		año ___ mes ___ día ___ en	
Ocupación		Fecha de Nacimiento	
Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>			
Independiente <input type="checkbox"/>			
Otro _____			
Nivel de estudios		Título obtenido	
Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/>			
Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/>			
Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/>			
Doctorado <input type="checkbox"/>			
Grado de escalafón <input type="checkbox"/>			
Empresa:		Cargo:	
Dirección:		Municipio:	
Teléfono:		Tiempo de servicio:	

BENEFICIARIOS

Asociados casados: - Conyuge
- Hijos hasta los 24 años

Asociados solteros: Padres

Apellido y nombre	N° Documento	Fecha nacimiento	Parentesco

AUTORIZACIÓN

En caso de fallecimiento autorizo a las siguientes personas para que reciban mis derechos los cuales poseo en la Cooperativa de Institutores de Caldas

Apellido y nombre	N° Documento	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

DECLARACION DE FONDOS

El solicitante manifiesta bajo la gravedad de juramento que los recursos que componen su patrimonio no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dinero y demás delitos contemplados como lavado de activos y financiación del terrorismo.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE LA INFORMACION PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder al portafolio de servicios de CIDECAL, declaro que he sido informado y he suministrado mis datos personales los cuales podrán ser utilizados para las finalidades relacionadas con la actividad de la cooperativa.

AUTORIZACION DE CONSULTA Y VERIFICACION

Autorizo a Cidecal para consultar, procesar, reportar, suministrar, rectificar y actualizar en cualquier momento información relacionada con mi comportamiento como asociado(a) a las centrales de riesgo o cualquier otra entidad de información legalmente constituida. Asimismo, autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de redimir información comercial o de otro tipo, o por parte de Cidecal, todo ello respetando las limitaciones impuestas por las normas legales o por autoridades competentes. Autorizo expresamente a Cidecal para verificar información contenida en la solicitud de afiliación, actualización, crédito, igualmente me comprometo a actualizar anualmente la información personal, financiera que he suministrada a Cidecal. Esta información se considera vigente hasta tanto le notifique a Cidecal cualquier modificación.

Firma solicitante: _____
C.C.



Requisitos de afiliación:

Huella

- ✓ Diligenciar formulario de afiliación
- ✓ 2 fotocopias de la Cédula
- ✓ 2 fotocopias del último desprendible de pago ó certificación de contador con copia de tarjeta profesional (si es independiente)
- ✓ 1 foto tamaño cédula
- ✓ Certificación del colegio donde trabaja firmada por el rector ó de la empresa donde trabaja.
- ✓ RH

Espacio para uso de la Cooperativa

Recibido y verificado en la oficina por: _____ Fecha: _____

Observaciones: _____

Aprobado Rechazado Acta N° _____ Fecha: _____

Observaciones: _____

Firma Presidente Consejo