



COO AUTÓNOMA
800.066.135-1
Vivir y Ayudar a Vivir

SOLICITUD DE INGRESO

FOTO

DATOS PERSONALES											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES					
IDENTIFICACIÓN			C.C.	C.E.	No.						
LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO			DÍA	MES	AÑO			
SEXO	F	M	ESTADO CIVIL			SOLTERO	CASADO	UNIÓN LIBRE	SEPARADO	VIUDO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA						BARRIO					
ESTRATO	CIUDAD		DEPARTAMENTO		CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL						
TIPO DE VIVIENDA			TELÉFONO FIJO		No. CELULAR		OTRO NÚMERO				
PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA									
POSEE VEHÍCULO		SI	NO	PARTICULAR	PÚBLICO	MOTO	PLACA				
REFERENCIA PERSONAL			DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO	No. CELULAR				
NIVEL DE ESCOLARIDAD											
PRIMARIA	SECUNDARIA	TÉCNICO	TECNÓLOGO	PREGRADO	OTRO						
INFORMACIÓN LABORAL											
DEPENDENCIA			CARGO	EXTENSIÓN	SALARIO		TIPO DE CONTRATO		INDEFINIDO		
									FIJO		
									HORA CATEDRA		
FECHA INGRESO UAO			CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA								
DATOS DEL CONYUGE											
NOMBRE Y APELLIDOS				FECHA DE NACIMIENTO			IDENTIFICACIÓN				
EMPRESA DONDE LABORA			CARGO	TELÉFONO	No. CELULAR		CIUDAD				
INFORMACIÓN FAMILIAR											
IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO		SEXO	
TIPO	No. DE DOCUMENTO				DIA	MES	AÑO			F	M
El grupo familiar del asociado se considera conformado por: padres, conyuge e hijos solteros hasta 25 años de edad, hijos mayores de 18 años con discapacidad.											

OBSERVACIONES

1. Para tener derecho a los auxilios por solidaridad, la información debe registrarse en forma completa.
2. Cooautónoma se reserva el derecho de verificar la exactitud de la información consignada en la ficha familiar.

BENEFICIARIOS

Autorizo a COOAUTÓNOMA para que en caso de mi fallecimiento; mis aportes, depósitos y demás bienes que poseo en la Cooperativa Cooautónoma sean entregados a:

IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE	SEXO	
TIPO	No. DE DCUMENTO				F	M

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

NOTA: Para el descuento mensual destinado a los aportes sociales, elija entre el 2% y el 10%, de acuerdo a los Estatutos Cap.III Art 12

num.2. En caso de los aportes superiores al 2% , estos no podrán disminuir durante un periodo mínimo de dos años.

Declaro que conozco y acepto las disposiciones, reglamentos y estatutos estipulados por COOAUTÓNOMA, razones por la cual presento esta solicitud y autorizo el cobro inicial por una sola vez del 5% del salario mínimo mensual legal vigente por concepto de afiliación y el descuento mensual por concepto de Certificado de Aportes del ()% de mis ingresos declarados.

Autorizo a COOAUTÓNOMA, descontar directamente por nómina el valor de las cuotas por aportes, obligaciones y demás conceptos a los que estoy obligado a pagar.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Santiago de Cali.

FIRMA _____ **FECHA** _____

REFERIDO POR:

C.C.

USO EXCLUSIVO DE COOAUTÓNOMA

FECHA DE APROBACIÓN	ACTA CONSEJO DE ADMON. No.	RESPONSABLE VINCULACIÓN