



COOAUTÓNOMA
Nít. 800.066.135-1

SOLICITUD DE INGRESO

FOTO



DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
IDENTIFICACIÓN		C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	No. <input type="text"/>	
LUGAR DE NACIMIENTO <input type="text"/>		FECHA DE NACIMIENTO		DÍA <input type="text"/>	MES <input type="text"/>
AÑO <input type="text"/>		SEXO		ESTADO CIVIL	
F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/>		SOLTERO <input type="checkbox"/>	
CASADO <input type="checkbox"/>		UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		SEPARADO <input type="checkbox"/>	
VIUDO <input type="checkbox"/>		DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		BARRIO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ESTRATO <input type="text"/>		CIUDAD <input type="text"/>		DEPARTAMENTO <input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL		<input type="text"/>			
TIPO DE VIVIENDA		TELÉFONO FIJO		No. CELULAR	
PROPIA <input type="checkbox"/>		FAMILIAR <input type="checkbox"/>		ARRENDADA <input type="checkbox"/>	
OTRO NÚMERO		<input type="text"/>			
POSEE VEHÍCULO		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	
PARTICULAR <input type="checkbox"/>		PÚBLICO <input type="checkbox"/>		MOTO <input type="checkbox"/>	
PLACA		<input type="text"/>			
REFERENCIA PERSONAL		DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
No. CELULAR		<input type="text"/>			

NIVEL DE ESCOLARIDAD

PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SECUNDARIA <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	TECNÓLOGO <input type="checkbox"/>	PREGRADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="text"/>
PROFESIÓN: <input type="text"/>					

INFORMACIÓN LABORAL

DEPENDENCIA	CARGO	EXTENSIÓN	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	INDEFINIDO	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIJO	<input type="checkbox"/>	
				HORA CATEDRA	<input type="checkbox"/>	
FECHA INGRESO UAO	CORREO UAO	CUENTA NÓMINA		<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

DATOS DEL CONYUGE

NOMBRE Y APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO		IDENTIFICACIÓN	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
EMPRESA DONDE LABORA	CARGO	TELÉFONO	No. CELULAR	CIUDAD	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

INFORMACIÓN FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	SEXO	
TIPO	No. DE DOCUMENTO		DIA	MES	AÑO		F	M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El grupo familiar del asociado se considera conformado por: padres, conyuge e hijos hasta 18 años de edad, o hasta la edad de 25 años, si estos son estudiantes y dependen económicamente del asociado. Los hijos con invalidez permanente no tendrán límite de edad.

OBSERVACIONES

1. Para tener derecho a los auxilios por solidaridad, la información debe registrarse en forma completa y tener una vinculación mínima de seis (6) meses en la Cooperativa.
2. Coootónoma 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 Coootónoma sean entregados a:

IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO	PORCENTAJE
TIPO	No. DE DOCUMENTO				

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 Capitulo III, Artículo 14, Numeral.4. 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 aportes del ()% de mis ingresos declarados.

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

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