



COO AUTÓNOMA  
Nit. 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	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL		SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	SEPARADO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA <input type="text"/>						BARRIO <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 <input type="text"/>		No. CELULAR <input type="text"/>		OTRO NÚMERO <input type="text"/>				
PROPIA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	ARRENDADA <input type="checkbox"/>									
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 <input type="text"/>			DIRECCIÓN <input type="text"/>			TELÉFONO FIJO <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 <input type="text"/>			CARGO <input type="text"/>		EXTENSIÓN <input type="text"/>		SALARIO <input type="text"/>		TIPO DE CONTRATO <input type="text"/>	INDEFINIDO <input type="checkbox"/>	
									FIJO <input type="checkbox"/>	HORA CATEDRA <input type="checkbox"/>	
FECHA INGRESO UAO <input type="text"/>			CORREO UAO <input type="text"/>			CUENTA NÓMINA <input type="text"/>					
DATOS DEL CONYUGE											
NOMBRE Y APELLIDOS <input type="text"/>				FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>			IDENTIFICACIÓN <input type="text"/>				
EMPRESA DONDE LABORA <input type="text"/>			CARGO <input type="text"/>		TELÉFONO <input type="text"/>		No. CELULAR <input type="text"/>		CIUDAD <input type="text"/>		
INFORMACIÓN FAMILIAR											
IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS			FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO		SEXO	
TIPO	No. DE DOCUMENTO				DIA	MES	AÑO			F	M
<p>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 tendran límite de edad.</p>											

**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. Cooautónoma se reserva el derecho de verificar la exactitud de la información consignada en la ficha familiar.
3. Adjuntar copia de cédula, último comprobante de pago de la UAO y fotografía tamaño documento.

**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	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 pagar.

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

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**REFERIDO POR:**

**C.C.**

**NOTA: No aplica para reingresos.**

**USO EXCLUSIVO DE COOAUTÓNOMA**

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