



# SOLICITUD DE ADMISIÓN COOTRADECUN

PERSONA JURÍDICA 1978  
de septiembre 24 de 1982  
NIT. 860.402.925-3

Nº Radicado:

Fecha de diligenciamiento:

## INFORMACIÓN PERSONAL

Solicitud de admisión:		1ª Vez	2ª Vez	3ª Vez	Número de documento:						
Tipo de documento:		C.C	C.E	Fecha de expedición:		DÍA	MES	AÑO	Lugar de expedición:		
Género	F	M	Fecha de nacimiento:		DÍA	MES	AÑO	Lugar de nacimiento:			
1º Apellido:				2º Apellido:							
1º Nombre:				2º Nombre:							
Madre cabeza de familia:		SI	NO	Estado civil:		Soltero	Unión Libre	Casado	Divorciado	Viudo	RH:
Profesión:											
Nivel de estudios :		Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Especialización	Maestría			
Dirección:											
Barrio:						Ciudad:					
Tipo de vivienda:		Propia	Familiar	Arriendo	Estrato:		Tipo de inmueble:		Casa	Apartamento	Rural
Teléfono fijo:			Teléfono móvil:			E-mail:					
Actividad económica principal:			Estudiante	Hogar	Negocio	Empleado	Pensionado	Profesional Independiente	Renta		

## INFORMACIÓN LABORAL

Empresa o Pagaduría:			Cargo:			Ciudad:					
Código empleado (marque con un "X" a la que usted pertenece)											
01. Docente Público		02. Docente Privado		03. Docente Pensionado		04. Cónyuge		05. Hijo			
06. Empleados Corporativos		07. Administrativo Educación		08. Persona Jurídica		09. Hermano		10. Empleado Público			
Tipo de contrato:		Término Fijo		Término Indefinido		Prestación de Servicios		Provisional		Propiedad	
Fecha de ingreso:		DÍA	MES	AÑO	Fecha de vencimiento:		DÍA	MES	AÑO	Persona públicamente expuesta: Sí No	
Dirección y/o institución:											
Ciudad:			Teléfono fijo			Teléfono móvil:					
Correo electrónico:						Clave desprendible:					

## INGRESOS MENSUALES U ORIGEN DE FONDOS

Sueldo Básico:		Pensión:		Otros Ingresos:		Honorarios:	
----------------	--	----------	--	-----------------	--	-------------	--

-Indique el origen de los fondos (ejemplo: Salarios, pensiones, renta, herencia, etc)

-Certifico bajo la gravedad de juramento que los fondos que declaro como garantía de la presente afiliación, proceden de actividades lícitas.

## BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Nombres y apellidos	Identificación	Género	Parentesco	Celular
		F M		
		F M		
		F M		

## INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Ha realizado cursos de Cooperativismo?		SI	NO	Nivel del curso realizado			I	II	III	
¿Desea adquirir el servicio exequial?		SI	NO	Tipo de plan		Plan General	Plan Excelencia	Plan Presidencial		
¿Por qué medio se entero de COOTRADECUN?				Asesor	Amigo	Familiar	Directivo	Redes Sociales/ Página Web	Programa Radial	Periodico

-Autorizo, que si no cancelo durante tres meses consecutivos el valor del servicio exequial me excluyan del servicio.

-Autorizo, que si no cancelo durante tres meses consecutivos mis aportes sere desvinculado de la Cooperativa.

-Autorizo, descontar de mis aportes el valor del servicio Exequial.

-Con esta solicitud autorizo la publicación de registros filmicos donde aparezca mi imagen, de igual manera utilizar mis datos de teléfonos, dirección, o correo electrónico para recibir información y reportes de la Cooperativa.

- Autorizo a Cootradecun a reportar, solicitar y divulgar a la central de información del sector financiero, o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente como asociados a Cootradecun. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones se reflejara en la mencionada base de datos, donde se consignan de manera completa, todos los datos del actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de las obligaciones adquiridas.

-La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para Cootradecun

-Cualquier falsedad detectada cancela automáticamente el trámite de la asociación.

-Me Comprometo a anexar todos los documentos que Cootradecun estime conveniente, para la aprobación de la asociación.

-En caso de no efectuarse, los descuentos por nómina me comprometo a cancelar por ventanilla o banco mis obligaciones.

- Autorizo, a Cootradecun para que se me informe el estado de mis obligaciones por: Teléfono, mensaje de texto, corre electrónico entre otros.

Nombre de asesor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Asociado