



**Coopinem**  
Cooperativa de Ahorro y Crédito

NIT:890.981.212-2

# SOLICITUD DE INGRESO

Agencia \_\_\_\_\_

Foto

## A. PERSONA NATURAL

### 1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_  C.C.  T.I.  C.E.  Pasaporte

Fecha de Expedición: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Separado  Unión Libre  Mujer Cabeza de Familia

Nivel de Estudios:  Primaria  Secundaria  Tecnólogo  Profesional  Especialización Título Obtenido: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN DE UBICACIÓN

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

Tipo de Residencia:  Propia  Arrendada  Familiar E-mail: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ **Empresa**  Oficial  Privada **Jornada**  Diurna  Nocturna

Dirección Trabajo: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Envío de Correspondencia:  Residencia  Trabajo

Fecha de Ingreso: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 Período Deducción:  Mensual  Quincenal  Catorcenal  Semanal  Diario

Tipo de Contrato:  Indefinido  A Terminio Fijo  Labor Contratada  Prestación de Servicios

Nº Meses \_\_\_\_\_ Nº Renovaciones \_\_\_\_\_

Verbal  Ninguno

Ocupación, oficio o profesión: \_\_\_\_\_

Administra recursos públicos:  Si  No Actividad económica: \_\_\_\_\_ CIU \_\_\_\_\_

#### 3.1 INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE

Detalle otras actividades que desarrolla \_\_\_\_\_ Tiempo de la actividad \_\_\_\_\_

Si es independiente detalle la actividad que desarrolla \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tiempo de la actividad \_\_\_\_\_

### 4. CÓNYUGE O COMPAÑERO

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía: \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Dirección Res: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nivel de Estudios:  Primaria  Secundaria  Tecnólogo  Profesional  Especialización

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Dirección Trabajo: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Ingresos \$ \_\_\_\_\_ Egresos \$ \_\_\_\_\_



## 8. REFERENCIAS

(Referencias personales que no vivan con usted)

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_  
 Nombre Completo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Barrio \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

## 9. DECLARACIÓN ASEGURABILIDAD

Ocupación \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Valor asegurado \_\_\_\_\_

### AL MOMENTO DE DILIGENCIAR EL FORMATO TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE

Con Plena conciencia de que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como de que éste se otorga a las personas de salud normal, doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

- 1. Afecciones cardiovasculares SI  NO
- 2. Afecciones cerebrovasculares SI  NO
- 3. Cáncer SI  NO
- 4. Diabetes SI  NO
- 5. VIH Positivo / SIDA SI  NO
- 6. Alcoholismo SI  NO
- 7. Drogadicción SI  NO
- 8. Hipertensión arterial SI  NO
- 9. Enfermedades congénitas SI  NO

**En caso de contestar si a alguna de las preguntas o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente.**

**En caso de haber contestado no a las anteriores preguntas, declaro y firmo:** Como asegurado principal garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no ha padecido ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro. Así mismo, autorizo expresamente a cualquier médico funcionario del hospital o persona que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por la aseguradora sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado

Declaró bajo juramento que desea y en su voluntad y de acuerdo con lo dispuesto en la ley, que en caso de fallecimiento su seguro será entregado a:

Nombre y Apellidos	Documento de identidad	Vínculo	Porcentaje%	Fecha de Nacimiento		
				Día	Mes	Año

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

## 10. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera: SI  NO

Cuáles \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Posee cuentas en moneda extranjera SI  NO

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ Moneda \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

Firma \_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho

## 11. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Los recursos que entrego y entregaré en depósitos o para cancelar obligaciones a mi nombre, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma.

No permitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas o cancelen obligaciones a mi nombre, con fondos ilícitos o aparentemente ilícitos, de las contempladas por el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma que lo modifique o adicione, o destinaré transacción alguna a tales actividades aparentemente o activamente relacionadas con la misma.

Autorizo a saldar las cuentas y depósitos de cualquier tipo, que mantenga en la Cooperativa, y en caso de infracción o falsedad de cualquiera de los numerales incluidos en este documento, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive de información errónea o falsa que yo hubiese proporcionado en este documento o de la violación de los compromisos aquí adquiridos.

## 12. AUTORIZACIONES, ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo a Coopinem Cooperativa de Ahorro y Crédito, para que a través de mi cuenta de ahorros efectúe operaciones débito o crédito relativas al desembolso o pago de créditos, gastos de estudio créditos, cuotas ordinarias de aportes sociales.

Me obligo con Coopinem a mantener actualizada la información suministrada bajo el presente formulario, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, diligenciando el formulario donde Coopinem determine.

Autorizo a cancelar los productos de ahorro a mi favor, en los siguientes casos:

A. Cuando la información suministrada en el presente formulario no se pueda verificar y/o

B. Cuando no cumpla la obligación de actualizar por lo menos una vez al año la información referida.

Autorizo con carácter permanente e irrevocable a Coopinem, para consultar, ante cualquier central de riesgo, mi endeudamiento en el sector financiero y comercial y la información disponible sobre el cumplimiento y el manejo dado por los compromisos adquiridos con dichos sectores. Igualmente autorizo de manera expresa y otorgo mi consentimiento para reportar, procesar y consultar, ante cualquiera de las centrales de riesgo, la información requerida y en particular sobre mi relación financiera con Coopinem, en cuanto a los créditos vigentes y obligaciones contraídas directamente o indirectamente con ustedes.

## 13. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LOS SERVICIOS QUE OFRECE LA COOPERATIVA

**PERSONAS A CARGO:** Asociados Casados: Conyugue o Compañero (a), Padres, e Hijos que dependan económicamente de los padres  
Asociados Solteros: Padres e Hijos

Nombres y Apellidos	C.C.	Parentesco	Fecha de Nacimiento		
			Día:	Mes:	Año:
			Día:	Mes:	Año:
			Día:	Mes:	Año:
			Día:	Mes:	Año:
			Día:	Mes:	Año:
			Día:	Mes:	Año:

Los aportes sociales y ahorros pasarán a los herederos, de acuerdo con las normas civiles vigentes

1. ¿Pertenece antes a esta Cooperativa? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. ¿Qué motivó su retiro? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo conoció esta Cooperativa? \_\_\_\_\_

## 14. FIRMA

Certifico que he entendido el contenido de este formulario, que la información que he suministrado es veraz y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.

Estoy informando de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la Cooperativa por cada producto o servicio que utilice.

C.C. \_\_\_\_\_

En constancia firmo \_\_\_\_\_

Fecha: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Huella Índice Derecho

## 15. ESPACIO RESERVADO PARA COOPINEM

Fecha y realización de la entrevista: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre y firma funcionario responsable de la verificación de información: \_\_\_\_\_

Fecha verificación información: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

Estudiada en el Acta N° \_\_\_\_\_ Fecha: Año \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_  APROBADA  APLAZADA  NEGADA

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firmas \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS ANEXOS:

	PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación ampliada al 200%	X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	X	
Declaración de renta del último período gravable disponible	X	X
Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses		X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT		X
Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal		X
Balances con corte período anterior		X