	COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE BAVARIA DIRECCIÓN Y VENTAS LTDA. - BADIVENCOOP	Revisión 3 Fecha: Mayo 2019
	SOLICITUD DE AFILIACION	Código: FRT-AGS-25
		Página 1 de 4

Ciudad, fecha y oficina de radicación: CIUDAD MM DD AAAA OFICINA DE RADICACIÓN

Señores
Consejo de Administración "Badivencoop LTDA."
 Ciudad
 Comedidamente solicito consideren mi ingreso como asociado(a) "**Cooperativa Badivencoop**", afiliación que se hará efectiva después de realizado el primer aporte, para lo cual suministro la siguiente información.

01. INFORMACIÓN BASICA DEL SOLICITANTE

Apellido(s): Nombre(s):

Documento de identificación: T.I. C.C. C.E. PAS No. de documento: Fecha de expedición:

Lugar de expedición: Estado civil: Soltero Casado Viudo Unión Libre Otro ¿Cuál? Sexo: M F

Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Departamento: No. de Hijos:

Nivel académico: Primaria Bachillerato Universitario Técnico Tecnólogo Postgrado

Profesión:

Celular: E-mail personal: Vivienda: Propia Arriendo Familiar

Tipo de Vivienda: Casa Apartamento Otro Tiempo de residencia: Estrato: Teléfono:

Nombre del arrendador: Teléfono del arrendador: Dirección de residencia:

Departamento: Ciudad: Barrio:

02. DATOS LABORALES

Actividad económica: Empleado (a) Pensionado (a) Rentista Capital Transportador Fecha de ingreso:

Código CIU: Departamento: Ciudad: Usted es empleado: Publico Privado

Descripción actividad:

Entidad de pensión: Entidad para la cual transporta:

Si es empleado(a) diligencie los siguientes campos

Empresa donde trabaja: Departamento Empresa: Ciudad Empresa:

Tipo de empresa: Pública Privada Mixta Otra Cargo: Salario:

Tipo de contrato: Fijo Indefinido Obra y labor Prestación de servicios Fecha de renovación: Departamento:

Ciudad: Teléfono: Ext: Dirección de empresa:

E-mail de la empresa: Fax: Envío de correspondencia: Residencia Oficina

Si es empleado(a) y realiza otro tipo de actividad o negocio diligencie los siguientes campos

Tipo de actividad o sector económico: Teléfono: Fecha de inicio de su negocio:

Descripción de actividad económica principal: Dirección de empresa:

Nombre empresa o negocio: Departamento: Ciudad:

Declara renta? Si No Fecha de corte info financiera: ¿Administra recursos públicos? Si No ¿Tiene reconocimiento Público? Si No ¿Ejerce algún grado De poder público? Si No

03. CUOTA DE APORTE

Sus ingresos mensuales estan entre: Periodicidad: Mensual Quincenal Valor cuota:

04. DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO PERMANENTE

Apellido (s): Nombre (s): Documento de identidad:

E-mail personal: Dirección de residencia:

Teléfono fijo: Teléfono movil: Ocupación: Empleado Independiente Otro ¿Cuál?

Nombre de empresa o actividad a la cual se dedica: Teléfono: Ext:





**COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE BAVARIA
DIRECCIÓN Y VENTAS LTDA. - BADIVENCOOP**

SOLICITUD DE AFILIACION

Revisión 3

Fecha: Mayo 2019

Código: FRT-AGS-25

Página 2 de 4

05. SITUACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		OTRA INFORMACIÓN	
Ingresos basicos		Gastos familiares		Activos	
Bonificación, comisión y extras		Obligaciones financieras		Pasivos	
Otros ingresos		Arrendamiento		Patrimonio	
		Otros egresos			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		DISPONIBLE MENSUAL	

¿Ha tenido relación con actividades delictivas o ha tenido relación con personas que han estado asociadas a actividades delictivas?

Si

No

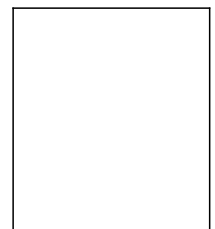
Descripción:

06. DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO (Bienes inmuebles, vehículos, inversiones y otros)										
Tipo de activo					Descripción el Activo (dirección, entidad de la inversión o marca y placa)			Valor comercial	Hipoteca / Prenda	
Casa-Apto	Lote	Carro	Otros Bienes	Inversiones					Si	No
Casa-Apto	Lote	Carro	Otros Bienes	Inversiones					Si	No
Casa-Apto	Lote	Carro	Otros Bienes	Inversiones					Si	No
Casa-Apto	Lote	Carro	Otros Bienes	Inversiones					Si	No
Total de activos										

07. DESCRIPCIÓN DEL PASIVO									
Deudas	Hipotecarias	Cantidad	Saldo		Entidad con la que tiene la deuda				
Deudas	Tarjeta de Crédito	Cantidad	Saldo		Entidad con la que tiene la deuda				
Deudas	Otras Obligaciones	Cantidad	Saldo		Entidad con la que tiene la deuda				
Total de pasivos									

08. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA									
Realiza operaciones en moneda extranjera: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de operaciones:									
Relación de cuentas en moneda extranjera									
Banco	Ciudad			Pais			Moneda	Cuenta	

Declara que no realiza transacciones en moneda extranjera



Firma del solicitante
C.C. No.

Huella índice derecho



**COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE BAVARIA
DIRECCIÓN Y VENTAS LTDA. - BADIVENCOOP**

Revisión 3
Fecha: Mayo 2019

SOLICITUD DE AFILIACION

Código: FRT-AGS-25
Página 3 de 4

09. PROTECCIÓN DE DATOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO - LISTAS RESTRICTIVAS

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa Badivencoop LTDA., a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en la presente autorización.

En los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme con el documento que declaro haber recibido de la Cooperativa Badivencoop LTDA.

Igualmente autorizo a la Cooperativa Badivencoop LTDA., para consultar y reportar a las centrales de riesgo o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad.

ACEPTO LO ANTERIORMENTE MENCIONADO

10. ORIGEN DE RECURSOS

Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedido en el lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos a la Cooperativa Badivencoop LTDA., con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en:

a) La circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria. b) El estatuto orgánico del sistema financiero. c) Estatuto Anticorrupción y d) Demás normas legales concordantes para la apertura y el manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito de ahorro a término, o cualquier norma que las modifique o adicione.

* Declaro que los recursos que entrego no provienen de actividades ilícitas, especialmente de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

* No admitiré que terceros efectúen aportes, ahorros y/o pago de obligaciones a mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

* Autorizo a compensar las sumas de las que sea titular por concepto de aportes, ahorros, y acelerar el plazo para el pago de las obligaciones que mantenga en la entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento

ACEPTO LO ANTERIORMENTE MENCIONADO

11. DECLARACIÓN FACTA

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO MANIFIESTO LO SIGUIENTE:

He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los tres últimos años, dentro de territorio de los Estados Unidos Si No

Soy poseedor de la tarjeta verde o "Green Card" de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia) Si No

Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos, si dicho pago proviene de fuentes dentro de los Estados Unidos. Si No

Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos. Si No

12. SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

El Asociado se obliga con la Cooperativa Badivencoop LTDA., a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite la Cooperativa Badivencoop LTDA., suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a la Cooperativa Badivencoop LTDA. para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación que tenga con el asociado.

ACEPTO LO ANTERIORMENTE MENCIONADO

13. DEBERES SOLIDARIOS

Conozco y/o me someto a los estatutos y reglamentos de la Cooperativa Badivencoop LTDA. Me comprometo a recibir educación cooperativa anualmente.

ACEPTO LO ANTERIORMENTE MENCIONADO

14. AUTORIZACION DE DESCUENTO

Yo, identificado con la cédula de ciudadanía número , en calidad de asociado de la Cooperativa Badivencoop LTDA., por medio de la presente autorizo a , para que del salario que devengo y para atender todas las obligaciones que contraiga con la Cooperativa Badivencoop LTDA., se me realicen descuentos , a partir del mes del año .

En caso de que me concedan vacaciones, autorizo que la suma que se me deba pagar se descuenten las cuotas correspondientes al tiempo que dure haciendo uso de ellas. Igualmente, de conformidad con el artículo 142 de la ley 79/88, autorizo, en caso de retiro, para que se me deduzca y retenga de cualquier cantidad que se me haya de pagar incluyendo prestaciones sociales, indemnizaciones o bonificaciones, el saldo de las obligaciones a favor de la cooperativa. Si por alguna razón la entidad para la cual laboro deja de trasladar a la cooperativa Badivencoop LTDA., los descuentos que estoy autorizando, me comprometo a pagar las sumas que adeude a la Cooperativa Badivencoop LTDA., en su tesorería.

Toda persona, empresa, entidad pública o privada está en la obligación de hacer descuentos autorizados a favor de la Cooperativa Badivencoop LTDA. y las sumas descontadas deben ser remitidas de inmediato a la cooperativa para no asumir la responsabilidad que las entregas causen. (Artículo 142 ley 79 de 1988).



**COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE BAVARIA
DIRECCIÓN Y VENTAS LTDA. - BADIVENCOOP**

SOLICITUD DE AFILIACION

Revisión 3

Fecha: Mayo 2019

Código: FRT-AGS-25

Página 4 de 4

15. INFORMACIÓN PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS

¿Es usted una persona políticamente expuesta? Si No ¿Es usted extranjero? Si No ¿Goza usted de reconocimiento público? Si No

Referencias financieras (Exclusivo para PEPS)

Nombre de la entidad Dirección Teléfono Ext.

Nombre de la entidad Dirección Teléfono Ext.

¿Es usted familiar de una persona políticamente expuesta? Si No

Nombre de la PEP Parentesco

16. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Tipo Doc.	No. Documento	Fecha de Nacimiento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Parentesco	% Desig

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa Badivencoop LTDA., para que la verifique. He sido enterado de la obligación de actualizar anualmente mi información comercial y financiera y además aquella que solicite la Cooperativa Badivencoop LTDA., por cada producto o servicio.

Firma del solicitante
C.C. No.

Huella índice derecho

17. DOCUMENTOS ADJUNTOS

En caso de Empleados

Fotocopia de la cedula de ciudadanía 150% Carta laboral fecha de expedición no mayor a 30 días Desprendibles de pago últimos 2 meses

En caso de Independientes

Fotocopia de la cedula de ciudadanía 150% Certificación de contador con fotocopia de la tarjeta profesional Extractos bancarios de los últimos 3 meses

Declaración de renta Facturas comerciales o carta de proveedores Cámara de comercio o RUT

Certificado de No Declarante En caso de honorarios y comisiones En caso de Arrendamientos

En caso de Transportadores:

18. ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Firma: Nombre del entrevistador: Fecha de la entrevista: dd mm aaaa

Firma: Nombre del funcionario responsable de la verificación: Fecha de verificación: dd mm aaaa

Aprobado

Rechazado