



Cooperativa de Ahorro y Crédito
Universidad Santo Tomás
Personería Jurídica No. 1029 de Noviembre 4 de 1974

FORMATO SOLICITUD DE AFILIACIÓN Persona Natural

OFICINA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

DD MM AAAA

HORA DE DILIGENCIAMIENTO

00:00

Diligencie el presente formulario en letra imprenta, sin tachones, ni enmendaduras.

No.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO PRINCIPAL

1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE(S):	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN: DD MM AAAA _____		NACIONALIDAD:
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: DD MM AAAA _____			DEPARTAMENTO/MUNICIPIO:		ESTADO CIVIL:
NIVEL ACADÉMICO: PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> MAestrÍA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> POSTGRADO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/>			PROFESIÓN:		OCUPACIÓN/OFICIO: EMPLEADO PRIVADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> RENTISTA DE CAPITAL <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> PRESTADOR DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> TRANSPORTADOR <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		BARRIO:	ESTRATO:	CIUDAD/MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO/PAÍS:
TELÉFONO MÓVIL:		TELÉFONO FIJO:	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL:		CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL:
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRIENDO <input type="checkbox"/>		¿POSEE VEHICULO?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PERSONAS A CARGO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. _____	No. DE HIJOS:	¿CABEZA DE FAMILIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿ES FAMILIAR DE ASOCIADO A USTACOOOP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NOMBRES Y APELLIDOS:			PARENTESCO:

ACTIVIDAD LABORAL

EMPRESA DONDE LABORA:		CARGO:		TIPO DE CONTRATO: FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____	
FECHA DE VINCULACIÓN: DD MM AAAA		FECHA DE VENCIMIENTO: DD MM AAAA		DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
				CIUDAD/MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:

INFORMACIÓN ECONÓMICA

¿DECLARA RENTA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		CIUU:	¿ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿USTED ES UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INGRESOS MENSUALES			GASTOS MENSUALES (EGRESOS)			
Derivados de su actividad principal \$ _____				Personales/Familiares \$ _____		
Otros Ingresos (*especificar) \$ _____				OTROS: CUOTAS CRÉDITOS (*especificar) \$ _____		
* _____				* _____		
TOTAL INGRESOS \$ _____				TOTAL GASTOS (EGRESOS) \$ _____		
ACTIVOS			DEUDAS (PASIVOS)			
Valor total de su(s) Inmueble(s), Vehículo(s), maquinaria, etc. \$ _____				Saldo de los créditos (deudas) \$ _____		
Otros Activos (*especificar) \$ _____				OTROS PASIVOS (*especificar) \$ _____		
* _____				* _____		
TOTAL ACTIVOS \$ _____				TOTAL DEUDAS \$ _____		
TOTAL PATRIMONIO (activos menos pasivos: deudas) \$ _____						

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI SU ACTIVIDAD IMPLICA OPERACIONES INTERNACIONALES, SEÑALE EL TIPO DE TRANSACCIÓN QUE REALIZA: IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> INVERSIÓN <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> ¿CUÁLES? (especifique): _____				
¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA:			
Banco No. _____ Cuenta _____					 FIRMA DEL SOLICITANTE C.C.	
Moneda _____ Ciudad/País _____						

HUELLA INDICE DERECHO

ESTUDIANTES

FACULTAD:		SEMESTRE:	UNIVERSIDAD:		¿DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE SUS PADRES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS PADRE:			OCUPACIÓN:	EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCION(ES) Y TELÉFONO(S):
NOMBRES Y APELLIDOS MADRE:			OCUPACIÓN:	EMPRESA DONDE TRABAJA:	DIRECCION(ES) Y TELÉFONO(S):

INFORMACIÓN CÓNYUGUE

1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE(S):	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> No. _____			FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA		CIUDAD:
EMPRESA DONDE TRABAJA:			OCUPACIÓN O CARGO ACTUAL:		FECHA DE VINCULACIÓN: DD MM AAAA
TELÉFONO:		DIRECCIÓN:		SALARIO/INGRESOS MENSUALES:	¿ASOCIADO A USTACOOOP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

REFERENCIAS

FAMILIAR	NOMBRE:	PARENTESCO:	TELÉFONO(S):	DIRECCIÓN/CUIDAD:
PERSONAL	NOMBRE:	TELÉFONO:	CELULAR:	DIRECCIÓN/CUIDAD:
FINANCIERA	ENTIDAD:	CUENTA No.	SUCURSAL:	CUIDAD:

NÚCLEO FAMILIAR BÁSICO

Asociado Soltero, viudo o divorciado: Padres e hijos - Asociado Casado: Cónyuge o compañero(a) permanente, hijos y padres

APELLIDOS Y NOMBRES:	No. DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	PARENTESCO:	¿DEPENDE ECONÓMICAMENTE DE USTED?
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		DD MM AAAA		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Los beneficiarios de los aportes en caso de fallecimiento del asociado serán exclusivamente sus herederos de ley.

BENEFICIARIO DEL AUXILIO POR FALLECIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRES:	No. DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:	CUIDAD Y TELÉFONO	PARENTESCO
		DD MM AAAA		

*Persona a cargo de sus dependientes económicos, en caso de su fallecimiento.

AUTORIZACIONES Y COMPROMISOS

- Ordenar a quien corresponda descontar mi sueldo o pensión el valor de los aportes sociales y cualquier otra obligación contraída con la Cooperativa.
- Autorizo a USTACOOOP consultar ante las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada, mi endeudamiento, información comercial disponible sobre el historial de cumplimiento de las obligaciones adquiridas, así como divulgar ante esas mismas entidades el comportamiento de las obligaciones que adquiera con la Cooperativa.
- Estoy informado y acepto el Estatuto de USTACOOOP y me comprometo a cumplir con todas las obligaciones de la Cooperativa, lo cual incluye como mínimo actualizar anualmente o cuando se requiera, mis datos personales.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria, manifiesto que toda la información consignada en el presente formulario es cierta y verificable, y con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por la Superintendencia de Economía Solidaria y demás normas concordantes, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a USTACOOOP.

1. Los recursos que entrego a USTACOOOP provienen de las siguientes fuentes: _____
2. Declaro que los recursos que entregué a USTACOOOP, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen consignaciones a los productos que adquiera con la Cooperativa con dinero proveniente de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

SERVICIO FUNERARIO COOPSERFUN

DESEO AFILIARME AL SERVICIO FUNERARIO CON LOS OLIVOS SI NO PLAN TRADICIONAL PLAN INTEGRAL PLAN CANDELARIA

FIRMA DEL SOLICITANTE

C.C.



HUELLA INDICE DERECHO

APORTE SOCIAL: En caso de ser aprobada mi afiliación, me comprometo a aportar mensualmente un valor equivalente al _____% de mi salario o el _____% del salario mínimo mensual legal vigente.

Razones por las que me afilio: _____

REFERIDOS - DOCUMENTACIÓN

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS?

PUBLICIDAD VISITA A ASESOR INDUCCIÓN USTA

OTRO ASOCIADO NOMBRE: _____

OTRO ¿CUÁL?: _____

ANEXO A LA SOLICITUD

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

CERTIFICACIÓN LABORAL/CONSTANCIA DE INGRESOS

FOTOCOPIA DEL DIPLOMA O CARNÉ DE LA USTA

CARTAS: PRESENTACIÓN POR FAMILIAR Y/O MESADA

USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

FECHA DE REALIZACIÓN ENTREVISTA

DD MM AAAA

FECHA DE CONSULTA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

DD MM AAAA

FECHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

DD MM AAAA

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA ENTREVISTA

NOMBRE Y FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REGISTRA LA INFORMACIÓN

USO EXCLUSIVO EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

SOLICITUD: APROBADA NEGADA

ACTA No. _____

FECHA APROBACIÓN DD MM AAAA

PRESIDENTE: _____ SECRETARIO: _____