

SOLICITUD DE AFILIACIÓN



TODOS LOS CAMPOS EN ESTE FORMULARIO SON OBLIGATORIOS SI NO CUENTA CON ALGÚN DATO DILIGENCIAR NO APLICA.

1. DATOS PERSONALES

NOMBRES		APELLIDOS		
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD			FECHA DE EXPEDIC. DEL DOCUMENTO	
C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA\$ <input type="checkbox"/>	Número: _____	De:	DD MM AAAA	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD (AÑOS)	SEXO	NACIONALIDAD
Departamento: _____ Municipio: _____	DD MM AAAA		M F	
ESTADO CIVIL		CORREOS ELECTRÓNICOS		
SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	PERSONAL <input type="checkbox"/>			
	EMPRESARIAL <input type="checkbox"/>			
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA		CIUDAD	DEPARTAMENTO	CELULAR
OTRO CELULAR	PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		
	SI _____ NO _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE ESTUDIOS				PROFESIÓN O ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA
PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> POSTGRADO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	CUAL? _____			
NOMBRE DE UN FAMILIAR CERCANO		PARENTESCO	CELULAR	

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

NOMBRE DE LA EMPRESA		ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LA EMPRESA		CÓDIGO NIU
CARGO ACTUAL	ANTIGÜEDAD	FECHA DE INGRESO		TELÉFONO EMPRESA
	AÑOS MESES	DD MM	AAAA	EXT. _____
CALIDAD		DIRECCIÓN EMPRESA		
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/>				
TIPO DE CONTRATO		FECHA DE VENCIMIENTO DE CONTRATO		
INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> LABOR CONTRATADA <input type="checkbox"/>	DD	MM	AAAA	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario Básico Mensual	\$ _____	Arrendamiento o Cuota de Vivienda	\$ _____
Promedio Horas Extras, Dominicales y Festivos	\$ _____	Aportes Parafiscales (Salud, pensión, otros)	\$ _____
Honorarios o Comisiones	\$ _____	Obligaciones Entidades Financieras	\$ _____
Ingresos por Actividad Independiente	\$ _____	Cuotas tarjetas de crédito	\$ _____
Ingresos del Cónyuge	\$ _____	Créditos Fescoop	\$ _____
Arrendamientos	\$ _____	Gastos de Sostenimiento	\$ _____
Otros Ingresos	\$ _____	Otros Egresos	\$ _____
Cuales?		Cuales?	
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL EGRESOS	\$ _____

4. DATOS DEL CÓNYUGE

NOMBRES		APELLIDOS			
NÚMERO DE IDENTIDAD			EDAD (AÑOS)	SEXO	
C.C. De:				M	F
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		
		DD	MM	AAAA	
PROFESIÓN O ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA			CELULAR		
			OTRO CELULAR		
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA			DIRECCIÓN		
			TELÉFONO		

5. PERSONAS A CARGO DEL ASOCIADO

Las siguientes personas podrán acceder a los diferentes beneficios de nuestro fondo.

NOMBRES	TIPO	DOCUMENTO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO
			M ___ F ___	Año _____ Mes _____ Día _____	
			M ___ F ___	Año _____ Mes _____ Día _____	
			M ___ F ___	Año _____ Mes _____ Día _____	

7. PATRIMONIO

VEHÍCULO

DESCRIPCIÓN	VALOR COMERCIAL	MARCA	MODELO	NÚMERO DE PLACA	TIENE PÓLIZA
1.					SI ___ NO ___
2.					SI ___ NO ___

VIVIENDA

DESCRIPCIÓN	VALOR COMERCIAL	MATRICULA	DIRECCIÓN
1.			
2.			

APORTE SOCIAL MENSUAL	\$	FONDO MUTUAL MENSUAL	\$	TOTAL DESCUENTO MENSUAL	\$
-----------------------	----	----------------------	----	-------------------------	----

8. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	SI	NO	CUALES?	
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	SI	NO	BANCO	No. CUENTA
MONEDA	CIUDAD		PAÍS	

Yo, _____ de manera voluntaria y dando fe de que lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a el FONDO DE EMPLEADOS FESCOOP, con el propósito de dar cumplimiento a la circular externa No. 007 de 1998 expedida en la superfinanciera, al decreto 663 de 1993, la Ley 190 de 1995 y demás normas concordantes, para la apertura de cuentas de ahorro, constitución a término y para el otorgamiento de créditos: Declaro que el origen de fondos que la entidad ha entregado al FONDO DE EMPLEADOS FESCOOP y los que en futuro llegare a entregar provienen del desarrollo de mi actividad económica principal "Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas".

Autorizo a FESCOOP, para que con fines estadísticos y de información, consulte, reporte, circule e incluya información a las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada por la superintendencia bancaria, relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de créditos y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo en mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tal información a quienes tuvieran interés legítimo en ella. Me comprometo a actualizar esta información por lo menos una vez al año. Certificando que la información suministrada en este formulario es veraz y habiendo leído, entendido, aceptado y autorizado lo anterior, firmo el presente documento.

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Firma de (la) Asociado (a)

HUELLA

ESTUDIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN (Espacio solo para FESCOOP)

FECHA DE REALIZACIÓN ENTREVISTA	DÍA	MES	AÑO	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LA ENTREVISTA	
FECHA VERIFICACIÓN INFORMACIÓN	DÍA	MES	AÑO	NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DE VERIFICAR INFORMACIÓN	
FECHA DE ESTUDIO	APROBADA	NEGADA	FIRMA GERENTE GENERAL		
Día _____ Mes _____ Año _____					