

SOLICITUD PARA: Ingreso Asociado Actualización de Datos Apertura de Producto Fecha de Solicitud **D** **M** **A**

INFORMACIÓN BÁSICA

1er. Apellido		2do. Apellido		1 Nombre		2 Nombre		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
Identificación No. <input type="checkbox"/> C.C.: <input type="checkbox"/> C.E.: <input type="checkbox"/> NIT.:		Lugar de Expedición		Fecha de Expedición D M A		Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento D M A		Nacionalidad <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Extranjero Residente		Edad
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a)		Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico o Tecnología <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Ninguno		Vivienda <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Propia		Estrato		Personas a cargo				
Dirección residencia				Barrio		Comuna		Ciudad		Departamento		
Teléfono residencia		Teléfono (2)		Teléfono (3) Celular (incluido prefijo)		Tiempo en la residencia actual		Dirección correo electrónico				
Apellidos y nombres del arrendador (si aplica)				Dirección		Ciudad		Teléfono		Celular		
Apellidos y Nombre (s) del Cónyuge o Compañero (a) permanente				Teléfono / Celular		Identificación No. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.		Fecha de Expedición D M A		Lugar de Expedición		
Empresa donde trabaja u ocupación (Cónyuge)		Dirección y Ciudad de la empresa				Cargo		Teléfono oficina		Salario		

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa		Nit		Dirección		Ciudad		Departamento			
Telefono Oficina		Ext.	Para asalariados: Tipo de Contrato <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Termino Fijo <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios				Fecha de Vinculación D M A		Jornada Laboral		
Cargo Actual, Ocupación, u Oficio.		Ingresos Mensuales		Otros Ingresos		Especifique Otros Ingresos					
Egresos Mensuales		Total Activos		Total Pasivos		Patrimonio		Administra Recursos Publicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PEP'S	

OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONÓMICA

<input type="checkbox"/> Artista <input type="checkbox"/> Empleado Publico <input type="checkbox"/> Politico <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Rentista de Capital <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> _____								CIU
--	--	--	--	--	--	--	--	-----

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en M/E <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tipo de Operación									
Posee cuentas en M/E <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Envío de Giros <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Recepción de Giros <input type="checkbox"/> _____									
Banco:		No. Cuenta:		Ciudad		País:		Moneda:		Saldo	

REFERENCIAS

Apellidos y Nombres (Familiar)		Parentesco		Dirección		Ciudad		Celular		Teléfono Fijo	
Apellidos y Nombres (Familiar)											
Apellidos y Nombres (Personal)											
Apellidos y Nombres (Personal)											
Apellidos y Nombres (Comercial)											
Apellidos y Nombres (Comercial)											

BENEFICIARIOS DE SERVICIOS Y BENEFICIOS			
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC. IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

BENEFICIARIOS DE APORTES (En caso de fallecimiento del titular)			
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO	%

Por medio de la presente, solicito ser admitido como asociado de la Cooperativa de Ahorro y Crédito de Trabajadores de Goodyear "MULTIACOOP". Declaro libremente que me someto a los Estatutos y Reglamentos de la Entidad, incluyendo los cambios o modificaciones que posteriormente se realicen en los mismos. Autorizo para que de mis salarios y/o prestaciones sociales y otros ingresos por cualquier concepto, se me deduzca cualquier cantidad o valor que adeude a la Cooperativa "MULTIACOOP", autorización que incluye el aporte periódico mensual. Así mismo, autorizo para debitar o deducir de cualquier valor que figure a mi nombre o los depósitos que figuran a mi nombre en Cuentas de Ahorros, C.D.A.T, etc., Rendimientos Financieros por cualquier concepto y trasladarlos a los saldos vigentes, vencidos, pendientes o en mora de pagar por concepto de: Créditos otorgados a mi favor, cuotas fondo de solidaridad, cuotas recreación, servicio funerario, remesas, sanciones, valores por servicios o productos con entidades convenio, etc., cumpliendo de esta forma con los compromisos adquiridos con la Cooperativa, para lo cual doy mi consentimiento previo en un todo, de acuerdo con el artículo 142 de la Ley 79 de 1988. Estoy informado y acepto mi obligación de actualizar por lo menos una vez al año la información aquí consignada, teniendo en cuenta la facultad que le asiste a la Cooperativa de saldar o cancelar las cuentas en el caso de incumplimiento de esta obligación.

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS: En cumplimiento a la norma legales para la apertura y manejo de mis Cuentas de Ahorros, Depósitos a Termino, Aportes, declaro ante MULTIACOOP que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y los fondos y/o recursos depositados no provienen o no son producto de actividades ilícitas, de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en normativa legal que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos que provengan de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en normativa legal que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

Declaro y certifico que la información aquí consignada es veraz y autorizo a MULTIACOOP para verificar, consultar o confirmarla por cualquier medio. Así mismo autorizo consultar y/o reportar esta información con las Centrales de Riesgos DATA CREDITO, SIFIN, o cualquier entidad que la Cooperativa considere necesario.

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera expresa y voluntaria a MULTIACOOP para que utilice mis datos personales con la finalidad de recibir información acerca de las obligaciones que he contraído con la Cooperativa, mis compromisos como asociado, así mismo, para que MULTIACOOP promocione todos los servicios y productos que actualmente o en el futuro preste y que me informe sobre los servicios o productos acerca de las ofertas que ha desarrollado con aliados comerciales. Así mismo, autorizo irrevocablemente a MULTIACOOP para que envíe mensajes a mi teléfono Móvil, a mi Correo Electrónico y/o los utilice para dar a conocer información de la entidad o realice gestión de cobro.

Declaro que he recibido información, cierta, suficiente y oportuna sobre las características, condiciones, medidas de seguridad, recomendaciones, costos y riesgos de uso de los productos que he adquirido o administro con MULTIACOOP, como también de los derechos, deberes, responsabilidades, obligaciones y medidas de seguridad que tengo como asociado y debo adoptar en el manejo de los mismos, adicionalmente conozco las características, beneficios y limitaciones del seguro de depósito de Fogacoop, dándome por enterado adecuadamente.



Firma del Solicitante _____

No. Documento: _____

HUELLA DACTILAR

Tipo de Vinculación	
<input type="checkbox"/>	Descuento por nómina
<input type="checkbox"/>	Pago Personal

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Nombre y firma del funcionario que realizó la entrevista	Fecha de Realización de la entrevista			Nombre y firma del responsable de verificación de la información	Fecha de Verificación de la Información		
	D	M	A		D	M	A

Observaciones:
