



COOBIESTRACOL
Cooperativa de Bienestar Social Trabajadores Colombina

SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA
FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN DEL ASOCIADO
FORMATO N° 5

COOPERATIVA DE BIENESTAR SOCIAL
TRABAJADORES COLOMBINA
NIT: 821-000-201-2
LA PAILA - ZARZAL

Sigla: COOBIESTRACOL

A. PERSONAS NATURALES

1. Apellidos:			
2. Nombres:			
3. N° Identificación:		CC TI CE PAS	Lugar Expedición Fecha Expedición DÍA MES AÑO CIN
4. Fecha de nacimiento:			
5. Lugar de nacimiento:		Departamento:	
6. Dirección domicilio:		Ciudad:	Departamento:
7. Teléfono(s): Fijo:		Celular:	Correo Electrónico:
8. Nombre de la empresa donde labora:			9. Cargo:
10. Dirección Trabajo:		Departamento:	Municipio:
11. Teléfono(s):			
12. Ocupación, profesión u oficio:			
13. ¿Administra recursos públicos?:	SI ☐	NO ☐	
14. Actividad Económica:			15. CIU:
16. N° De Cuenta:		Banco:	Ahorro ☐ Corriente ☐
17. Aportes sociales:	aporte mínimo \$ u Otros \$		
18. INFORMACIÓN FINANCIERA (\$)			
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal			
Otros ingresos (especificar)			
Egresos mensuales			
Total activos			
Total pasivos			

B. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

19. ¿Realiza operaciones en moneda extranjera?:	SI ☐	NO ☐	¿Cuáles?:	
20. ¿Posee cuentas en moneda extranjera?:	SI ☐	NO ☐	Banco:	Moneda:
	N° Cuenta:		Ciudad:	País:
21. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera:				

Firma Asociado

Huella

22. Grupo familiar:

Nombre y Apellido	
Nro. Documento	
Nombre y Apellido	
Nro. Documento	
Nombre y Apellido	
Nro. Documento	
Nombre y Apellido	
Nro. Documento	
Nombre y Apellido	
Nro. Documento	
Nombre y Apellido	
Nro. Documento	

PARENTESCO: Marque con una x según corresponda				
Cónyuge	Hijo	Hija	Papá	Mamá
Edad:	Fecha nacimiento			
PARENTESCO: Marque con una x según corresponda				
Cónyuge	Hijo	Hija	Papá	Mamá
Edad:	Fecha nacimiento			
PARENTESCO: Marque con una x según corresponda				
Cónyuge	Hijo	Hija	Papá	Mamá
Edad:	Fecha nacimiento			
PARENTESCO: Marque con una x según corresponda				
Cónyuge	Hijo	Hija	Papá	Mamá
Edad:	Fecha nacimiento			
PARENTESCO: Marque con una x según corresponda				
Cónyuge	Hijo	Hija	Papá	Mamá
Edad:	Fecha nacimiento			

23. Referencia personal

Nombre y Apellido			
Dirección		Teléfono	
Nombre y Apellido			
Dirección		Teléfono	

Miembros del Consejo de Administración:

En calidad de interesado solicito a ustedes considerar el presente formulario de vinculación para ser aceptado(a) como asociado(a) a Coobiestracol. Por el conocimiento que tengo de su estatuto, principios cooperativos, valores corporativos y reglamentos que los rigen me declaro conforme con ellos y me comprometo a su debido cumplimiento. Así mismo, declaro que la información suministrada en esta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma.

Por tanto, declaro que AUTORIZO a COOBIESTRACOL, para que verifique la información suministrada, consulte y reporte la información financiera a las centrales de riesgo y declaro que mis bienes e ingresos provienen de mi actividad económica principal.

Así mismo y en concordancia con el título valor que respalda la obligación adquirida con COOBIESTRACOL, y conforme a lo establecido en el artículo 150 del código Sustantivo del Trabajo, AUTORIZO expresamente al pagador de la empresa _____ para que descuento de mi salario y todo lo que a este lo constituya (quincenal/mensual) los siguientes conceptos:

a) La cuota correspondiente al valor de mis aportes sociales (valor fijado por Coobiestracol cada año).

b) Las cuotas por concepto de créditos adquiridos con Coobiestracol, de acuerdo a lo pactado en la solicitud de crédito, pagaré y carta de instrucciones.

Así mismo asumo el compromiso de actualizar anualmente la información que solicite COOBIESTRACOL, por cada producto o servicio que utilice.

DECLARO, haber leído, entendido y aceptado la información y en constancia firmo el presente formulario de afiliación.

Fecha diligenciamiento

Firma Asociado

Huella

C. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LA COOPERATIVA

24. Observaciones:	

25. Fecha realización entrevista 26. Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista 27. Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información 28. Fecha verificación información 29. Consulta listas vinculantes SI ☐ NO ☐**DOCUMENTOS ANEXOS**

	PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación.	X	
Constancia de ingresos (honorarios laborales, certificación de ingresos y retenciones).	X	
Declaración de renta del último período gravable disponible.	X	X