

COOPRUDEA

COOPERATIVA DE PROFESORES UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

NIT. 890.985.032 - 1**SOLICITUD DE AFILIACIÓN
PERSONA NATURAL****(Favor diligenciar totalmente en letra impresa, sin tachones, ni enmendaduras).**

Fecha

D

M

A

Afiliación Reingreso **1. DATOS GENERALES**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento D M A
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pas. <input type="checkbox"/>	Número de documento	Fecha de expedición D M A	Lugar de expedición
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>			
Actividad económica	CIU	Cargo, ocupación u oficio	
Nivel de estudios Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Otro _____	Título pregrado	Máximo título obtenido	
Dirección residencia		Personas a cargo	Vehículo Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Vivienda Arrendada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	
		Barrio	
Municipio	Departamento	Estrato	Teléfono
		Celular	
Correo electrónico		Tiene cuenta exenta del GMF (cuatro por mil) en Cooprudea Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. DATOS LABORALES

Nombre de la empresa donde labora	Dirección, bloque y oficina		
Estado laboral Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>			
Dependencia	Municipio	Departamento	
Teléfono	Cargo		
Tipo de contrato			Fecha de vinculación D M A
Administra recursos públicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Envío correspondencia Residencia <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>

3. REFERENCIAS

Personal	Dirección	Teléfono
Comercial	Dirección	Teléfono
Financiera	Dirección	Teléfono

4. DATOS DEL CÓNYUGE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Documento de identidad	Teléfono	Nombre de la empresa	Cargo u ocupación

5. BENEFICIARIOS SERVICIO EXEQUIAL

Apellidos y nombres	Parentesco	Año de nacimiento

6. BENEFICIARIOS AUXILIO COOPERATIVO POR MUERTE

Apellidos y nombres	Documento de identidad (tipo y número)	Porcentaje

7. INFORMACIÓN FINANCIERA

ACTIVOS		PASIVOS	
Inversiones	\$	Obligaciones financieras	\$
Vehículos	\$	Otros pasivos	\$
Bienes raíces	\$	TOTAL PASIVOS	\$
Otros activos	\$	TOTAL PATRIMONIO	\$
TOTAL ACTIVOS	\$	(Activos - Pasivos)	
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salarios	\$	Arrendamiento	\$
Honorarios y comisiones	\$	Cuotas préstamos bancarios	\$
Otros ingresos permanentes	\$	Gastos familiares	\$
		Otros egresos	\$
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$
Descripción otros ingresos			
Es declarante a título de renta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Posee RUT. Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

8. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____			
Posee cuentas en moneda extranjera		Nombre del banco	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Número de la cuenta	Ciudad	País	Moneda

9. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado con documento No. _____ de _____, obrando de manera voluntaria y dando certeza que lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a **COOPRUDEA**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Básica Jurídica 0007 de 2008 expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993, Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorro y certificados de depósito de ahorro a término.

1. Los recursos que entrego en depósito, provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.)

2. Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento o de la violación del mismo.

10. AUTORIZACIONES

Autorizo a **COOPRUDEA** para debitar de mis depósitos de ahorro todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella. Así mismo, la autorizo para reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos, toda la información referente a mi comportamiento y hábitos de crédito y en general el cumplimiento de obligaciones. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se refleje en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicita la Entidad por cada producto o servicio que utilice.

Autorizo voluntariamente el envío de mensajes a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico, de información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicios o de cualquier otra índole, que se considere necesaria y/o apropiada para la prestación de los servicios de **COOPRUDEA**.

11. ACUERDO COOPERATIVO

Una vez admitido como asociado de **COOPRUDEA** me comprometo a conocer su Estatuto, Código de Ética y Buen Gobierno, acatar las disposiciones, las normas y reglamentos que de él se derivan, a mantener el aporte mínimo estatutario; para el efecto, autorizo debitar de mi cuenta de ahorros el monto de recursos necesarios para actualizar mis aportes sociales de acuerdo con lo normado. Igualmente me comprometo acreditar la asistencia a un curso de cooperativismo básico de intensidad no inferior a ocho (8) horas o a realizarlo en un plazo máximo de seis (6) meses después de la notificación de la admisión.

12. DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD

Favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| 1. Afecciones o disfunciones cardiovasculares | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 7. Alcoholismo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. Afecciones cerebrovasculares | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 8. Tabaquismo / Drogadicción | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 9. Hipertensión arterial | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 10. Enfermedades congénitas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH positivo / SIDA | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 11. Enfermedades del colágeno | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. Intervención quirúrgica | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | 12. Hipertiroidismo / Hipotiroidismo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

¿Cuál? _____

En caso de contestar si a alguna de las preguntas o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección adicción favor explicar detalladamente

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier institución médica que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por **COOPRUDEA** o la compañía aseguradora que ella asigne sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

13. VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Declaro que la información suministrada en el presente formulario concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad y declaraciones de la misma. Afirmo que todas mis actividades como profesión, ocupación, etc, las ejerzo dentro de las normas legales.

Huella

Firma _____ Cédula de ciudadanía _____

14. ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

Observaciones:

Fecha realización entrevista

D

M

A

Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista

Fecha verificación información

D

M

A

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información

15. RECIBIDO

Fecha

Hora

D

M

A

Firma _____

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Calle 67 No. 53 - 108 Bloque 22 - Oficina 213

Conmutador: 516 76 86

e-mail: cooperativa@cooprudea.com

www.cooprudea.com

Medellín, Colombia