

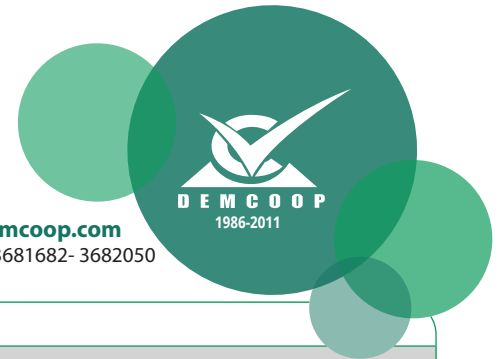
FOTO

SOLICITUD:

- Afiliación
- Incremento aportes
- Disminución aportes
- Reingreso

Fecha:

D M A



www.demcoop.com
tel. 3682067- 3681682- 3682050

DATOS PERSONALES

Nombres *		Apellidos	
Tipo de identificación T.I. <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>	No. de identificación *	Lugar de expedición	Estado civil
Fecha de nacimiento	Lugar	Mujer cabeza de familia SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Dirección de residencia Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/>		Ciudad	Barrio
Email *	Teléfono *	Celular *	Estrato
¿Realiza alguna actividad deportiva o cultural? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Cuál?		
¿Es afiliado a otra cooperativa? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Cuál?		

ACTIVOS *

Bienes Raíces	Tipo de bien	Dirección y Ciudad	Valor Hipoteca	Valor Comercial
Vehículo/Maquinaria	Tipo de bien	Modelo y placa	Pignorado a	Valor deuda Valor Comercial
Otros	Tipo de bien	Detalles		
Activo total	\$	Ingresos mensuales	\$	
Pasivo total	\$	Egresos mensuales	\$	

EDUCACIÓN

Formal Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnica <input type="radio"/> Universitaria <input type="radio"/>	Especifique		
Cooperativa Básica <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Especial <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>	Fecha del ultimo curso	Horas capacitación	
Otros			

DATOS PROFESIONALES *

Profesión u oficio	Entidad donde labora	Tipo de contrato	Cargo
Dependencia	Fecha de vinculación	Dirección oficina	
Teléfono	Ext.	Ingresos mensuales	Otros

REFERENCIAS *

Personal	Nombre y Apellido	Dirección	Parentesco	Teléfono
Familiar	Nombre y Apellido	Dirección	Parentesco	Teléfono
Comercial	Nombre y Apellido	Dirección		Teléfono

AUTORIZACIONES *

Autorizo a los beneficiarios relacionados para que ante DEMCOOP, hagan las reclamaciones pertinentes de saldos que resulten a mi favor en caso de muerte, según el estatuto (Capt. 3 Artículo 19) y/o reglamentos que rijan a DEMCOOP en su momento.

Nombre y Apellido	Identificación	Parentesco	%
Nombre y Apellido	Identificación	Parentesco	%
Nombre y Apellido	Identificación	Parentesco	%

En caso de ser aceptado como asociado autorizo al pagador de la empresa _____ para que deduzca de mi sueldo y/o mesada pensional para que a DEMCOOP, el valor de las cuotas ordinarias y extraordinarias, conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

Las casillas identificadas con * son de obligatorio diligenciamiento para la evaluación de la solicitud de crédito correspondiente.

APORTE VOLUNTARIO MENSUAL
\$
Estatutarios: 4%



www.demcoop.com
tel. 3682067- 3681682- 3682050

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS, AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por el *Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995* y demás normas legales aplicables a la apertura y manejo de cualquier tipo de depósitos. Así como a la obtención de crédito en cualquiera de sus modalidades, obrando en mi propio nombre de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y declaro que los fondos depositados en la **COOPERATIVA DE DESARROLLO EMPRESARIAL (DEMCOOP)** proveine de actividades totalmente lícitas. En consecuencia manifiesto:

1. Los recursos que entrego y entregaré en depósitos provienen de las siguientes fuentes (diligenciar detallando ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____

2. Los recursos que entrego y entregaré en depósitos o para cancelar obligaciones a mi nombre, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el *Código Penal Colombiano* o en cualquier otra norma.

3. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas, o cancelen obligaciones a mi nombre, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente ilícitas de las contempladas en el *Código Penal Colombiano* o en cualquier otra norma, ni efectuaré transacción alguna destinada a tales actividades o en favor de personas aparentemente o efectivamente relacionadas con las mismas.

4. Autorizo a **DEMCOOP** para que con fines estadísticos de información comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros, reporte, procese, consulte y divulgue a la *Asociación Bancaria* o cualquier entidad que maneje base de datos afines, todo lo relativo a mis transacciones financieras. Dicha autorización permanecerá vigente hasta la extinción de todas las obligaciones a mi cargo de ello durante el plazo máximo que para el efecto autorizan la ley o la jurisprudencia.

En constancia de haber leído este documento, comprendido y aceptando sus alcances, firmo a los _____
 () días del mes de _____ de _____ en la ciudad de _____

 Firma del solicitante
 No. CC

 HUELLA INDICE DERECHO

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Aprobada Negada Aplazada Acta No. Fecha

Observaciones

 Presidente

 Secretario

Anexar fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%, igualmente copia del último desprendible de pago de nómina ó una copia del contrato.