

FECHA
CIUDAD

D	M	A



Cooperativa de Empleados
de Dow Colombia

- SOLICITUD DE AFILIACIÓN
- ACTUALIZACION DE INFORMACIÓN

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS						SEXO	
						F	M
FECHA DE NACIMIENTO		D	M	A	LUGAR DE NACIMIENTO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
							No.
ESTADO CIVIL				¿ÉS CABEZA DE FAMILIA?		NÚMERO DE PERSONAS A CARGO	
Soltero	Casado	Viudo	U. libre	Separado	SI	NO	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL
DIRECCIÓN RESIDENCIA						CIUDAD	
TELÉFONO RESIDENCIA				TELÉFONO MOVIL			
NIVEL DE EDUCACIÓN		Secundaria <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	VIVE EN CASA		Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>
		Técnico <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>			Familiar <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN LABORAL / OCUPACIÓN

ACTIVIDAD ECONÓMICA		Estudiante	Empleado	Independiente	Pensionado	Otra: (Cuál)	
EMPRESA DONDE TRABAJA					FECHA DE INGRESO		
					D	M	A
TIPO DE CONTRATO		TELÉFONO FIJO	CIUDAD	CORREO ELECTRÓNICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	
Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/>						SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales		\$	Activo corriente (Ahorro e inversiones)		\$	Pasivo corriente (Deudas con terceros)		\$
Egresos Mensuales		\$	Bienes Raíces		\$	Pasivo financiero (Deudas con bancos)		\$
Otros Ingresos		\$	Vehículos		\$	Otros Pasivos		\$
Concepto otros Ingresos			Otros Activos		\$	Total Pasivos		\$
			Total Activos		\$			\$
Realiza operaciones en moneda extranjera			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuáles?			
Posee cuentas en moneda extranjera			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Entidad		País	
					Moneda		No. de Cuenta	

INFORMACIÓN DE VINCULACIÓN

CATEGORÍA DE ASOCIADO					
Empleado DOW/DAS	Empleado AMSTY	Empleado DUPONT	Empleado CODECOL	*CÓNYUGE	*HIJO
*Nombre del cónyuge, mamá o papá asociado a CODECOL		TIPO DE VINCULACIÓN		MECANISMO DE PAGO	
		Nuevo <input type="checkbox"/>	Reingreso <input type="checkbox"/>	Libranza <input type="checkbox"/>	Caja <input type="checkbox"/>
APORTE SOCIAL DE VINCULACIÓN		Sobre el sueldo mensual (Entre 1% y 20%)		%	Sobre el S.M.M.L.V. (Entre 1% y 100%)
				%	%
DESEO RECIBIR LAS COMUNICACIONES DE CODECOL EN MI CORREO			Corporativo <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>	

CONFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR PRIMARIO (Cónyuge, hijos y padres)

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO			DOC. IDENTIDAD
		D	M	A	
		D	M	A	
		D	M	A	
		D	M	A	
		D	M	A	

BENEFICIARIOS DE APORTES Y AHORRO EN CASO DE FALLECIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDOS	PARENTESCO	DOC. IDENTIDAD	%

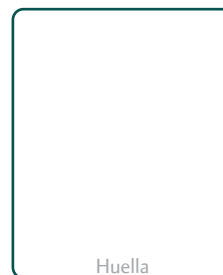
DECLARACIONES

1. Acepto la calidad de asociado a CODECOL con los deberes y derechos contemplados en la Ley 79 de 1988, artículos 23 y 24 y en los Estatutos de la entidad, así mismo me comprometo a pagar en forma mensual consecutiva el Aporte Social, para lo cual autorizo al pagador _____ para que descuente de mi sueldo el valor de dicho aporte. Si mi vinculación es como asociado independiente, me comprometo a efectuar los pagos oportunamente y entendiendo que en caso de incumplimiento, CODECOL estará en libertad de suspender la prestación de los servicios.
2. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

3. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
4. La información anterior que he suministrado es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

FIRMA

5. De manera irrevocable y permanente autorizo a la CODECOL para solicitar, consultar, procesar, y/o reportar información a las Centrales de Información y Riesgo debidamente constituidas en Colombia.
6. Los recursos que se deriven del desarrollo de la relación con la Cooperativa, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
7. Conozco la política de Protección de Datos Personales de CODECOL y de acuerdo con ella, autorizo a la Cooperativa para enviarme comunicaciones virtuales a mi correo electrónico, escritas y/o telefónicas, sobre beneficios, servicios y/o productos del portafolio, alianzas con terceros, ofertas e información en general, e indagar sobre diferentes temas a través de encuestas.
Si No
8. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.



***Anexar a esta solicitud fotocopia ampliada al 150% del documento de identidad

ESPACIO EXCLUSIVO DE CODECOL

Observaciones:

Responsable que verificó la información

Fecha de verificación D M A

Responsable de la entrevista

Fecha de la entrevista D M A