

Señores:
COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE AVIANCA
"COOPAVA"
 La Ciudad

Apreciados Señores:

Atentamente les solicito se sirvan aceptarme como Asociado (a) activo (a) de esta Cooperativa, obligándome a aceptar y a cumplir sus Estatutos y Reglamentos, a la vez que autorizo a la misma Entidad para que ordene a la compañía a la cual presto mis servicios como trabajador suyo el descuento de los aportes que debo suscribir y pagar, así como las demás obligaciones a mi cargo.

ASOCIADO POR:			
1a. VEZ <input type="checkbox"/>			
REINGRESO <input type="checkbox"/>			
NOTA: si usted fue antes Asociado a COOPAVA, Favor indicar motivo del retiro: _____			
FECHA DE RETIRO	AAAA	MM	DD

Diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras.

1. DATOS PERSONALES											
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE (S)					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No. IDENTIFICACIÓN		FECHAY LUGAR DE EXPEDICIÓN DE LA CÉDULA				AAAA	MM	DD	CIUDAD DE EXPEDICIÓN
C.C <input type="checkbox"/>	C.E <input type="checkbox"/>	T.I <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/>								
FECHA DE NACIMIENTO		CIUDAD DE NACIMIENTO		PAÍS		NACIONALIDAD		EDAD		SEXO	TIPO DE VIVIENDA
AAAA	MM	DD							F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		PROPIA <input type="checkbox"/>
										ARRIENDO <input type="checkbox"/>	
										FAMILIAR <input type="checkbox"/>	
										ESTRATO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				BARRIO		CIUDAD		CORREO ELECTRÓNICO			
No. TELÉFONO		No. CELULAR		ESTADO CIVIL		SOLTERO <input type="checkbox"/>		UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	
				CASADO <input type="checkbox"/>		SEPARADO <input type="checkbox"/>		VIUDO <input type="checkbox"/>		MUJER CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>	
										SI <input type="checkbox"/>	
										NO <input type="checkbox"/>	
										No. DE HIJOS <input type="text"/>	
										PERSONAS A SU CARGO <input type="text"/>	
NIVEL DE ESTUDIOS		PRIMARIA <input type="checkbox"/>		TÉCNICO <input type="checkbox"/>		UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		DOCTORADO <input type="checkbox"/>		TÍTULO OBTENIDO	
		BACHILLERATO <input type="checkbox"/>		TECNÓLOGO <input type="checkbox"/>		ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		POSGRADO <input type="checkbox"/>			

2. INFORMACIÓN LABORAL									
EMPRESA DONDE TRABAJA			EMPRESA CLIENTE			CIUDAD			
FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA		DEPENDENCIA			LUGAR DONDE TRABAJA			TIPO DE SALARIO	
AAAA	MM	DD							FIJO <input type="checkbox"/>
								INTEGRAL <input type="checkbox"/>	
								VARIABLE <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE INGRESOS SMLMV:		MAYOR A 0 - HASTA 1 <input type="checkbox"/>		MAYOR A 2 - HASTA 3 <input type="checkbox"/>		MAYOR A 4 - HASTA 6 <input type="checkbox"/>		MAYOR A 8 - HASTA 11 <input type="checkbox"/>	
		MAYOR A 1 - HASTA 2 <input type="checkbox"/>		MAYOR A 3 - HASTA 4 <input type="checkbox"/>		MAYOR A 6 - HASTA 8 <input type="checkbox"/>		MAYOR A 11 - HASTA 17 <input type="checkbox"/>	
								MAYOR A 17 - HASTA 24 <input type="checkbox"/>	
								MAYOR A 24 - HASTA 28 <input type="checkbox"/>	
								SUPERIOR A 48 <input type="checkbox"/>	
SUELDO BÁSICO \$		CONTRATO		FIJO <input type="checkbox"/>		CONV. ASOCIACIÓN <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN	
				INDEFINIDO <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>		EMPLEADO <input type="checkbox"/>	
								INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	
								PENSIONADO <input type="checkbox"/>	
								ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	
								HOGAR <input type="checkbox"/>	
								CESANTE <input type="checkbox"/>	
								OTRO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN OFICINA				No. TELÉFONO		EXT:			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS					EGRESOS			BALANCE GENERAL	
INGRESOS MENSUALES \$					GASTOS MENSUALES \$			TOTAL ACTIVOS \$	
OTROS INGRESOS PERMANENTES \$					OTROS GASTOS PERMANENTES \$			TOTAL PASIVOS \$	
ESPECIFIQUE CUALES:					ESPECIFIQUE CUALES:				
BIENES RAÍCES <input type="checkbox"/>		CLASE		CIUDAD DEL INMUEBLE:		DIRECCIÓN DEL INMUEBLE:		VALOR COMERCIAL \$	
SI <input type="checkbox"/>		CASA <input type="checkbox"/>							
NO <input type="checkbox"/>		FINCA <input type="checkbox"/>							
		APTO <input type="checkbox"/>							
		LOTE <input type="checkbox"/>							
		OFICINA <input type="checkbox"/>							
TIPO DE VEHÍCULO <input type="checkbox"/>		PLACA		MARCA		MODÉLO		VALOR COMERCIAL \$	
SI <input type="checkbox"/>									
NO <input type="checkbox"/>									

4. OPERACIONES INTERNACIONALES			
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿CUALES?:			
POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL BANCO:			
NÚMERO DE CUENTA		CIUDAD	PAÍS
		MONEDA	

5. INFORMACIÓN GENERAL			
Maneja recursos públicos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Funcionario público		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Persona públicamente expuesta		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa especifique:			
¿Realiza operaciones de transferencia de dineros con terceros?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Maneja recursos de un familiar o amigo?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS:			
¿Recibe consignaciones del exterior?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PAÍS		¿Tiene vínculos con personajes públicos de alta jerarquía?	
		SI <input type="checkbox"/>	
		NO <input type="checkbox"/>	
¿Desarrolla otra actividad económica diferente?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CUAL (ES):			

6. REFERENCIAS PERSONALES

APELLIDO (S)		NOMBRE (S)	
No. IDENTIFICACIÓN		No. TELÉFONO	No. CELULAR
DIRECCIÓN		CORREO ELECTRÓNICO	
APELLIDO (S)		NOMBRE (S)	
No. IDENTIFICACIÓN		No. TELÉFONO	No. CELULAR
DIRECCIÓN		CORREO ELECTRÓNICO	

7. REFERENCIAS FAMILIARES

APELLIDO (S)		NOMBRE (S)	
No. IDENTIFICACIÓN		No. TELÉFONO	No. CELULAR
DIRECCIÓN		CORREO ELECTRÓNICO	
APELLIDO (S)		NOMBRE (S)	
No. IDENTIFICACIÓN		No. TELÉFONO	No. CELULAR
DIRECCIÓN		CORREO ELECTRÓNICO	

8. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

Para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de COOPAVA: **1.)** Declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamientos descritos en la presente autorización. **2.)** Declaro bajo la gravedad de juramento que el origen de mis bienes y/o recursos no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo (LA/FT) y en general cualquier actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano. **3.)** Autorizo expresamente a COOPAVA para que consulte los listados, sistema de información y base de datos a los que haya lugar. **4.)** Me comprometo a actualizar anualmente y/o cuando COOPAVA me lo solicite, la información de mis datos personales así como los documentos que requiera COOPAVA. **5.)** Declaro que los datos personales que he suministrado son reales. **6.)** Voluntariamente autorizo de manera irrevocable a COOPAVA o a quien represente sus derechos y ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información con la cual la Cooperativa tiene convenio que administra la Asociación Bancaria y a entidades financieras o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos que tengan fines de información, financieros, estadísticos de control, supervisión, gerenciales y de consolidación de información, toda la información referente a mi comportamiento comercial y crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. La presente autorización comprende también la facultad de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier entidad financiera. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y a la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. **7.)** Que en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581-12 y el Decreto 1377-13 y sus normas reglamentarias autorizo voluntariamente a utilizar la información personal aquí relacionada, para el envío de información, ofertas comerciales de productos y servicios que ofrece COOPAVA; autorizo utilizar la información personal aquí relacionada para consulta, administración, transferencia, procesamiento y almacenamiento en una base de datos que puedo consultar, modificar, actualizar, corregir o suprimir; autorizo a COOPAVA para enviar información, comercial, legal, de productos de servicios de cualquier otra índole que se considere necesario a través de mensajes de texto SMS correo electrónico, correo ordinario, etc. **8.)** Que el responsable del tratamiento de la información es COOPAVA, cuya dirección es Calle 19 N° 4 - 74 Piso 4 Bogotá, teléfono 2873215 y su página web www.coopava.com.co.

APORTES SOCIALES

TIPO	MÍNIMO	MÁXIMO	BASE
TRABAJADOR	2%	30%	SUELDO BÁSICO
INDEPENDIENTE	2%	100%	SMLMV
PENSIONADO	2%	25%	PENSIÓN
TRABAJADOR CON SALARIO INTEGRAL	2%	25%	SALARIO INTEGRAL
TRABAJADOR ASOCIADO	0.25%	30%	COMPENSACIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS

AUTORIZACIÓN DESCUENTO MENSUAL APORTES

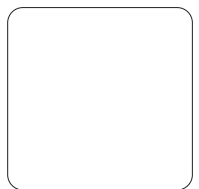
\$

AUTORIZO PARA QUE ESTE VALOR SE ACTUALICE ANUALMENTE

FIRMA

CC

DE


**HUELLA
INDICE DERECHO**
9. PARA USO EXCLUSIVO DE COOPAVA

OFICINA QUE TRAMITA LA AFILIACIÓN _____ FECHA Y HORA: AAAA MM DD HH MM

ASESOR QUE REALIZA LA AFILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ CC No: _____ FIRMA: _____

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ CC No: _____ FIRMA: _____

FECHA Y HORA: AAAA MM DD HH MM

OBSERVACIONES: _____