

VINCULACION

Fecha:

Solicito tener en cuenta mi afiliación como asociado de la Cooperativa Multiactiva de Empleados de Estaciones de Servicio CEDES, declarando que me vinculo voluntariamente y que acepto los estatutos, reglamentos y demás disposiciones en desarrollo de sus actividades. Me comprometo a pagar una cuota mensual equivalente a 5% de un salario mínimo mensual vigente, de los cuales 90% serán destinados para Aporte y el 10% para el Fondo de Solidaridad. Manifiesto que la información que a continuación presento es verídica y se ajusta a mi realidad personal y familiar.

DATOS GENERALES DEL ASOCIADO

Apellidos:				Nombres:			
Lugar y fecha de nacimiento:							
Tipo de documento:		No.		Expedida:			
Genero:	Femenino		Masculino		Otro		
				No. Personas a cargo:			
Dirección residencia:				Teléfono:			
Ciudad:	Departamento			Código			
Estrato social:		Ingresos	<0 a 1 SMLV		<1 a 2 SMLV		
Realiza otras actividades que le generen Ingresos	SI			NO			
Nivel de Estudio:	Secundaria		Técnico		Tecnólogo		
Estado Civil:			Correo Electrónico:				
EPS		ARL		PENSIÓN		CAJA COMP.	

DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Ante mi _____ (Presidente o Representante Legal) de la Cooperativa de Empleados de Estaciones de Servicio CEDES en presencia del testigo abajo, nominados, compareció el (la) señor (Sra.): _____ con cédula de ciudadanía No. _____
Expedida en _____, quien declara que en caso de fallecimiento deja como beneficiario(s) de sus aportes después de deducidas sus obligaciones adquiridas a las personas que se relacionan a continuación:

NOMBRE	DOCUMENTO	PARENTESCO	%

Firma del Asociado		Testigo		Presidente o Representante Legal	
C.C. No		C.C. No		C.C. No	

DATOS FAMILIARES

Nombre del esposo(a)/compañero(a):						
Nivel de Estudio:	Secundaria		Técnico		Tecnólogo	
				Profesional		Otro

HIJOS

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCOLARIDAD	EDAD

Personas a cargo: _____ ¿Quién? _____ Edad: _____

Vivienda propia: _____ Vivienda arrendada: _____ Vivienda Familiar : _____ ¿Tiene Vehículo? SI/NO _____

Firma del Asociado
C.C. No _____

AUTORIZACION

Yo, _____ Identificado con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ Autorizo para deducir, la suma equivalente al 5% de un salario mínimo mensual vigente al departamento de Gestión Humana de COMBUSTIBLES DE COLOMBIA S.A. con destino a la Cooperativa de Empleados de Estaciones de Servicio CEDES como aportes sociales.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CEDES, para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en centrales de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito o servicio.

FIRMA DEL ASOCIADO
C.C _____