



FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO

Solicitud de vinculación Asociado fundador
 Solicitud de reingreso SI NO
 Actualización de datos

Fecha de solicitud o actualización	AÑO	MES	DIA		
Referido por:					
INFORMACIÓN BÁSICA					
Tipo de Asociado:	Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>			
<i>Diligencie la siguiente información si es Persona Jurídica:</i>					
Razón Social:			NIT:		
Actividad Económica:			Código:		
Dirección:		Ciudad:	Departamento:		
Email:		Teléfonos:			
Nombre del Representante Legal:		Tipo de documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.A <input type="checkbox"/>		# Documento de Identidad:	
<i>Diligencie la siguiente información si es Persona Natural:</i>					
Número de documento	Tipo de documento C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> P.A <input type="checkbox"/>		Lugar de expedición	Fecha de expedición	
Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Nombres:		
Dirección de residencia:		Barrio:	Ciudad:	Estrato:	
Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento	Edad	
Ciudad:	Departamento:	País:	AÑO	MES	DIA
Teléfono:	Celular:	Email:			
Estado civil: Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Cabeza de hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nivel de estudios: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
<i>En caso de ser asociado menor de 14 años diligenciar los datos del Representante Legal:</i>			Tipo de documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>		
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombres:	
Actividad Económica:					
Empleado sector privado <input type="checkbox"/>		Empleado público <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	
Ninguno <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		¿Cuál? _____	
DECLARA RENTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Origen de los recursos a aportar a Cooagroquin:					
<i>Si es empleado del sector privado o público, diligencie las siguientes casillas:</i>					
Nombre de la empresa:			Fecha de ingreso		
Actividad Económica:			AÑO	MES	DIA
Cargo que desempeña:					
Dirección de la empresa:		Ciudad:		Teléfonos:	
Sueldo mensual: \$		Tipo de contrato: A termino fijo <input type="checkbox"/> A término indefinido <input type="checkbox"/> Obra o labor contratada <input type="checkbox"/> Jornal <input type="checkbox"/> Destajo <input type="checkbox"/>			
<i>Si su actividad económica es como independiente u otro, diligencie las siguientes casillas:</i>					
Detalle de la actividad:			Fecha de inicio de actividad		
Código CIU:			AÑO	MES	DIA

En caso de NO ser Asociado fundador, diligenciar las siguientes casillas:

Nombre de la finca:	No de hectáreas:	Producción:
---------------------	------------------	-------------

Dirección:	Fecha y No de acta de admisión:
------------	---------------------------------

Acreditar previamente su vinculación con zonas de influencia cafetera en calidad de propietarios, poseedores o tenedores legítimos de predios destinados a la producción de café. (Artículo 12° y 13° de los Estatutos).

GRUPO FAMILIAR O PERSONAS A CARGO

Apellidos y Nombres	Identificación	Parentesco	Fecha de nacimiento		
			AÑO	MES	DÍA

Observaciones:

Certifico que:
 1. La información que suministro es veraz y auténtica.
 2. Conozco el uso de los productos y servicios prestados por Cooagroquin.
 3. Me fue informado sobre el Reglamento de Asociados de Cooagroquin.
 4. Me comprometo a actualizar mi información por lo menos una (1) vez al año o cuando Cooagroquin lo estime conveniente.

AUTORIZACIONES

1. Tratamiento de los Datos Personales.
2. Enviar mensajes de texto, de voz y correos electrónicos con información de la Cooperativa relacionada con sus productos y servicios.
3. Verificar la información durante el tiempo en el cual soy Asociado de esta Cooperativa.

Todos los campos deben ser diligenciados obligatoriamente.
 El Consejo de Administración y la Gerencia, una vez acepte su vinculación a la cooperativa, le enviará por el medio autorizado la información sobre sus derechos y deberes, el Reglamento de Asociados y los respectivos Estatutos de Cooagroquin.
 No olvide que su vínculo como nuevo Asociado de la Cooperativa, empieza a regir una vez aceptada su solicitud de vinculación por el Consejo de Administración.
 Para su aprobación, recuerde que debe haber presentado el Formulario debidamente y completamente diligenciado.

.....
Firma del Asociado / Representante Legal

Identificación



Huella índice Derecho