



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOME C

Fecha: 09 de Mayo de 2012

Versión: 5

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

Código: SF-DCA-9

¡ Bienvenido(a) a la Familia Somec !

La solicitud debe ser diligenciada en letra legible imprenta o a máquina, sin tachones ni enmendaduras

Fecha diligenciamiento

DÍA

MES

AÑO

INFORMACIÓN PERSONAL

Señale la forma de vinculación a SOME C como:

Profesional ☐ Estudiante ☐ Cónyuge ☐ Hijo de Asociado ☐ Padres de Asociado ☐

Apellidos Completos

Nombres Completos

Fecha de nacimiento

Lugar de Nacimiento

País

Género

Edad

DÍA

MES

AÑO

F ☐

M ☐

C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐

Tipo de Vivienda:

Estrato

No. _____

De _____

Propia ☐ Familiar ☐ Arriendo ☐

Dirección residencial actual (completa)

Nueva ☐

Antigua ☐

Barrio

Ciudad

Departamento

E-mail:

Teléfonos:

Envío Correspondencia

Residencial ☐

Laboral ☐

Otra: _____

NIVEL ACADÉMICO

Profesional Universitario ☐

Técnico ☐

Tecnólogo ☐

Estudiante ☐

Bachiller
Académico ☐

Título obtenido

Título obtenido

Título obtenido

Título obtenido

Institución

Institución

Institución

Institución

Institución

INFORMACIÓN LABORAL

Dependiente ☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐

Barrio

Teléfono:

Ext.

Nombre de la empresa:

Dirección:

Cargo Actual:

Fecha ingreso laboral

Contrato Fijo ☐

Contrato Indefinido ☐

O.P.S. (Operación x Prestación de Servicios) ☐

DÍA

MES

AÑO

Ingresos Mensuales

Gastos Mensuales

Disponibilidad Mensual

\$

\$

\$

Aficiones:

Deportes:

ESTADO CIVILSoltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐

Apellidos y Nombres del Cónyuge o Compañero(a)

Fecha de Nacimiento del Cónyuge

Lugar de Nacimiento:

Teléfono Fijo:

Teléfono Celular:

E-mail:

DÍA**MES****AÑO**Apellidos y Nombres
Completos de los HijosIdentificación
Número

Edad

Género

Fecha de
Nacimiento

Nivel Académico

M

F

DÍA

MES

AÑO

PATRIMONIOCasa ☐Apartamento ☐Finca ☐Consultorio ☐Vehículo ☐Otros ☐**Asegurado**SI ☐ NO ☐**BENEFICIARIOS**

En caso de mi fallecimiento será(n) beneficiario(s) de mis Aportes Sociales, Auxilios Mutuales y Seguro de Accidentes Personales a mi nombre, donde la Cooperativa SOMEK, es el tomador; la(s) siguiente(s) persona(s).

Apellidos y Nombres Completos
de los BeneficiariosIdentificación
Número

Edad

Género

Fecha de
NacimientoPorcentaje
%

PARENTESCO

M

F

DÍA

MES

AÑO

REFERENCIAS

Nombres y Apellidos

Teléfonos Fijo:

Móvil:

Nombres y Apellidos

Teléfonos Fijo:

Móvil:

Presentado por:

Campaña de Referidos ☐**Asesor Comercial** ☐**Reingreso** ☐

Nombre

Identificación:

Teléfonos:

DECLARACIÓN DE SALUD

Cuenta con medicina prepagada? SI ☐ NO ☐

Cual? _____

Ha sufrido o sufre alguna de las siguientes enfermedades:

	SI	NO
A- Del Sistema Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- Del Sistema Cardiocirculatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C- Del Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D- Del Sistema Genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E- Del Sistema Óseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F- Del Sistema Inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G- Del Sistema Endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H- De la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I- De la Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J- De Sistema Respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K- Cáncer en alguno de los sistemas mencionados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN: De manera expresa declaro que he respondido el cuestionario anterior, ciñendome a la verdad de las respuestas, pero si en cualquier momento SOMEK observare inexactitud, omisión o error en los datos suministrados por el suscrito, perderé de inmediato los derechos consagrados en los estatutos y reglamentos de la cooperativa a favor de sus Asociados quedando por lo tanto, esta entidad exonerada de toda obligación para conmigo. Declaro así mismo, que una vez redactadas las respuestas las leí hallándolas exactas y verdaderas de conformidad a la ley.

Nota: De la veracidad de los datos depende el reconocimiento de su Auxilio Mutuo.

INFORMACIÓN COOPERATIVA

Ha recibido educación cooperativa? Si ☐ No ☐

¿Cómo se informó sobre SOMEK? _____

Cuáles son los motivos principales para el ingreso a Somek? _____

COMPROMISO

Me comprometo a recibir educación cooperativa y capacitarme para poder participar a conciencia y servir a Somek en la medida de mis posibilidades.

Así mismo, a cumplir con el pago oportuno de mis aportes y demás obligaciones crediticias, estatutarias y reglamentarias.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA SOMEK

PLAN DE AUXILIO MUTUAL

ALTO ☐ MEDIO ☐ BAJO ☐ ESTUDIANTE ☐ SIN AUX. MUTUAL POR: EDAD ☐ SALUD ☐ ESTUDIANTE ☐

OBLIGACIONES MENSUALES:

FONDO DE CALAMIDAD:	APORTES SOCIALES:	FONDO AUXILIO MUTUAL
\$ _____	\$ _____	\$ _____

APROBACIÓN	Fecha Consejo de Administración	DÍA	MES	AÑO	Acta No. _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA ESTE FORMULARIO

PROFESIONAL UNIVERSITARIOS - TÉCNICOS - TECNÓLOGOS

- * Fotocopia ampliada del documento de identidad.
- * Fotocopia del Diploma, Acta de Grado ó Tarjeta Profesional de una institución académica reconocida por el ministerio de Educación Nacional.
- * Una fotografía reciente tamaño cédula.

ESTUDIANTE

- * Fotocopia ampliada del documento de identidad.
- * Fotocopia del Carnet estudiante con fecha vigente ó certificación expedida por la Institución Educativa.
- * Una fotografía reciente tamaño cédula.

HIJO DE ASOCIADO

- * Fotocopia ampliada del documento de identidad.
- * Fotocopia del diploma de Bachiller Académico.
- * Una fotografía reciente tamaño cédula.
- * Carta de Presentación que lo acredite como hijo de Asociado.

PADRE DE ASOCIADO

- * Fotocopia ampliada del documento de identidad.
- * Una fotografía reciente tamaño cédula.
- * Carta de Presentación que lo acredite como Padre o Madre de Asociado.

CÓNYUGE

- * Fotocopia ampliada del documento de identidad.
- * Una fotografía reciente tamaño cédula.
- * Carta de Presentación que lo acredite como Conyuge o Compañero de Asociado.

Al asociarse a la Cooperativa SOMEK, usted puede acceder a los servicios de créditos al día siguiente de su ingreso como Asociado, presentando la respectiva documentación para el estudio del mismo; es importante tener presente que la aprobación depende de su capacidad de endeudamiento, disponibilidad de pago y calificación en las centrales de riesgo.

Consulte sus derechos y deberes en el estatuto de la Cooperativa, como nuevo asociado; a través de la página web www.somecoop.com, también encontrará otros productos y servicios adicionales al crédito.

La Cooperativa Multiactiva de Profesionales **SOMEK**, al conocer su solicitud, le presenta un atento y cordial saludo, y espera que su documentación esté toda acorde con el Estatuto para que su ingreso sea efectivo.

A continuación encontrará unos aspectos importantes a tener en cuenta para su vinculación a SOMEK:

1. La documentación e información que suministre debe ser clara y veraz.
2. Las cuotas mensuales que debe cubrir, **serán distribuidas así:**
 1. Fondo de Calamidad Domestica, 2. Fondo de Auxilio Mutuo y 3. Aportes Sociales.
3. Una vez asociado a la Cooperativa, podrá disfrutar de nuestro portafolio de servicios con amplia cobertura tanto para el asociado como para la familia. Así mismo, podrá acceder a las diferentes líneas de crédito, donde se tiene en cuenta entre otros aspectos, los siguientes: antigüedad, capacidad de pago, garantía y consulta a las entidades crediticias."
4. El asociado **ESTUDIANTE**, puede solicitar **únicamente crédito educativo y de turismo**, con dos (2) codeudores solidarios, quienes deberán reunir los requisitos enunciados en el numeral 3 del Reglamento de Crédito de la Cooperativa Somek; si el crédito es aprobado, el desembolso será girado a nombre de la Institución Educativa donde cursa sus estudios.
5. La **APROBACIÓN** de los **CRÉDITOS**, depende de la capacidad de endeudamiento, disponibilidad de pago y el **HISTORIAL CREDITICIO** del solicitante y de los deudores solidarios; sujeto a estudio y análisis del Comité de Crédito. Para todos los créditos se requiere relación de aportes de **1 a 15** para el APALANCAMIENTO correspondiente.
6. En caso de llegar a presentar **mora superior a 180 días** por cualquier concepto (**cartera crediticia y/o cartera social**), se dará la **EXCLUSIÓN AUTOMÁTICA DE LA COOPERATIVA**.
7. En caso de Retiro Voluntario o Exclusión Automática, antes de **tres (3) años** de permanencia, **NO** se reconoce ningún porcentaje de su Auxilio Mutuo.
8. Para conocer más de los Derechos y Deberes de los **Asociados SOMEK**, lo invitamos a conocer nuestra página Web: www.somek.coop, donde encontrará el Estatuto Vigente, Reglamento de Crédito, Reglamento de los Fondos (Solidaridad, Calamidad, Auxilio mutuo) entre otros, y los diferentes productos y servicios para el asociado y su familia.

La Información que recibí del asesor comercial fue clara, precisa y oportuna, en consecuencia firmo a satisfacción.

Solicito ser aceptado como Asociado de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOMEK. Declaro expresamente que me someto voluntariamente a sus estatutos y reglamentos, como también a cancelar mensualmente las obligaciones que adquiera.

Así mismo garantizo que la información suministrada por mí es exacta y convengo que la misma será parte integral del Reglamento de la Cooperativa. Si se comprobare en cualquier tiempo que en la información suministrada ha habido de mi parte falsedad, omisión, error o reticencia que de haber sido conocida por la Administración, acepto la determinación de no ser recibido como asociado a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PROFESIONALES SOMEK.

Acepto el reglamento de la cooperativa y manifiesto haber recibido un ejemplar del mismo, el cual podrá ser derogado en cualquier momento por el Consejo de Administración y en tal caso me adhiero de manera voluntaria a los cambios establecidos en las condiciones del servicio cuando éste órgano así lo estime conveniente.

Firma del solicitante: _____ C.C. No. _____

Cualquier información adicional, comuníquese con el Departamento Comercial

Teléfonos : 5730880 • PBX: 314 4040 - ext 117 -124 -125

Calle 50 No. 8-27 Piso 1 Edificio Somek - Bogotá - Colombia