

FORMULARIO DE AFILIACIÓN PARA PERSONAS FÍSICAS



En virtud al principio cooperativo de adhesión abierta y voluntaria, solicito por este medio sea aceptada mi solicitud de afiliación a la Cooperativa de Ahorro y Crédito de los Empleados del Ministerio de Educación Pública R.L. - **COOPEMEP R.L.**

1 • Nombre del asociado(a)					* Tipo de relación: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo(a)	
Tipo de asociado(a)		<input type="checkbox"/> Sector educación	<input type="checkbox"/> Familiar en 1er. grado	<input type="checkbox"/> Asociado Inversionista	<input type="checkbox"/> Estudiante de educación	<input type="checkbox"/> Cónyugue <input type="checkbox"/> Hermano(a)
INFORMACIÓN PERSONAL						
2 • Tipo de persona		<input type="checkbox"/> Física nacional	<input type="checkbox"/> Física extranjera	<input type="checkbox"/> Residente	3 • No. de identificación	
4 • Primer apellido		4.1 • Segundo apellido		4.2 • Nombre		
5 • Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		6 • País de origen	6.1 • Nacionalidad	6.2 • Ciudad de nacimiento	7 • Género	
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
8 • Teléfono (un solo número)		8.1 • Fax		8.2 • Celular	8.3 • Otro	
-		-		-	-	
9 • Dirección: Provincia		9.1 • Cantón		9.2 • Distrito		
9.3 • Otras señas						
10 • Correo electrónico				11 • Apartado postal		
@						
12 • Estado Civil				13 • Número de hijos	13.1 • Número de dependientes	
<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)* <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre*						
*En caso de marcar estas opciones favor completar la siguiente información						
14 • Datos del cónyugue		14.1 • No. de identificación		14.2 • Nombre completo del cónyugue		
<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero(a)						
INFORMACIÓN ECONÓMICA						
15 • Profesión		15.1 • Puesto actual		15.2 • Sector empresarial		15.3 • Estado
				<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Indep.		<input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Pensionado
16 • Nombre de la institución donde labora				16.1 • Fecha de ingreso a laborar		16.2 • Tel./Fax de la institución
						-
16.3 • Ruta de cobro						
<input type="checkbox"/> Deducción automática** <input type="checkbox"/> Institución con convenio <input type="checkbox"/> Por ventanilla						
17 • Frecuencia de pago		18 • Ingreso devengado		18.1 • Ingreso líquido		18.2 • Salario embargado
<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro		₡		₡		₡
19 • Otros ingresos económicos		19.1 • Detalle el origen de los ingresos adicionales				
₡						
20 • ¿Tiene participación accionaria o de Gestión de Entidades?*		Nombre de la entidad		Puesto que ocupa		% de participación
*Cualquier tipo de entidad jurídica con o sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
21 • ¿Es usted o tiene relación cercana con un PEP's?*		Nombre de la persona		Puesto que ocupa u ocupó		Tipo de relación
*PEP's: Persona Pública / Públicamente Expuesta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
22 • ¿Maneja dinero de otras personas obteniendo ganancias?		Detalle brevemente la actividad que realiza (adjuntar documento probatorio)				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
23 • ¿Qué productos desea utilizar?		24 • Origen de los fondos				
<input type="checkbox"/> Ahorro Cooperativo <input type="checkbox"/> Créditos <input type="checkbox"/> Beneficios / Descuentos		<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Venta de un bien <input type="checkbox"/> Otros				
25 • Propósito de la afiliación						
<input type="checkbox"/> Trámite de crédito <input type="checkbox"/> Tasas de interés <input type="checkbox"/> Disfrute de beneficios <input type="checkbox"/> Deseo de pertenecer al sector cooperativo <input type="checkbox"/> Otros						
26 • ¿Qué promedio mensual de fondos planea manejar con COOPEMEP R.L.?						
<input type="checkbox"/> ₡ 0,00 - 500.000,00 <input type="checkbox"/> ₡ 500.000,00 - 1millón <input type="checkbox"/> ₡ 1millón - 3millones <input type="checkbox"/> ₡ 3millones - 5millones <input type="checkbox"/> ₡ 5millones - 10millones <input type="checkbox"/> ₡ 10millones - 50millones						

INFORMACIÓN ADICIONAL			
27 • No. de Cuenta Cliente para depósitos	27.1 • Banco	27.2 • Titular de la cuenta	27.3 • No. identificación
<input type="checkbox"/> Colones <input type="checkbox"/> Dólares			
28 • Referencias: Comerciales / Personales			
29 • Otras entidades de las cuales recibe Servicios Financieros			
30 • Personas asociadas a COOPEMEP R.L. con las cuales mantiene relación			
31 • Observaciones			
BENEFICIARIOS (En caso de tratarse de menores de edad, indicar datos del albacea)			
32 • Nombre completo	32.1 • Parentesco	32.2 • No. de identificación	32.3 • Porcentaje de beneficio
33 • Información del albacea: Nombre completo		No. de identificación	Tipo de persona
			<input type="checkbox"/> Física nacional <input type="checkbox"/> Física extranjera
34 • Documentos adjuntos			
<input type="checkbox"/> Copia de la cédula de identidad <input type="checkbox"/> Copia de la orden patronal / declaración jurada de ingresos <input type="checkbox"/> Estudio de base de datos o recibos públicos			

Autorizo a **COOPEMEP R.L. a debitar de mi salario mensual, los aportes obligatorios que se establecen en el Estatuto Social de la Cooperativa (Capital Social, Fondo Mutual, Fondo de Desarrollo FODE y Fondo de Ayuda Social FAS) así como los demás rubros que la Asamblea General de Delegados establezca. Este documento es una Declaración Jurada y **COOPEMEP R.L.** podrá verificar los datos aquí descritos en cualquier momento. Queda a criterio de la Cooperativa dar por aceptada esta solicitud de ingreso, según lo establece el artículo 12 del Estatuto Social de **COOPEMEP R.L.**

Firma del asociado	Nombre y firma del Promotor	Nombre y firma del Ejecutivo de Servicio	Sello de la Sucursal
--------------------	-----------------------------	--	----------------------

Fecha de afiliación en el sistema (dd/mm/aaaa): _____

Número de asociado: _____