

SOLICITUD DE PERMANENCIA

Presento ante ustedes mi firme e irrevocable solicitud para continuar con la calidad de asociado a la Cooperativa, igualmente manifiesto mi aceptación y conformidad con las disposiciones estatutarias de manejo de aportes sociales, operaciones de crédito, servicios de captación y complementarios y demás derechos y obligaciones que se deriven de mi permanencia y calidad como asociado a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, las cuales se encuentran publicadas en la Zona Privada del Asociado.

1. DATOS BÁSICOS

Ciudad y Fecha de Solicitud:	Nombres:	Apellidos:	Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____	Número de Identificación:
------------------------------	----------	------------	---	---------------------------

NUEVA Actividad Económica: <input type="checkbox"/> EMPLEADO(A) <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO(A) <input type="checkbox"/> OTRO, ¿CUAL? _____	Código CIU:	Correo Electrónico Personal:	Teléfono / Celular:
---	-------------	------------------------------	---------------------

1.1. SI ES EMPLEADO(A) DILIGENCIA LOS SIGUIENTES CAMPOS:

Empresa Donde Trabaja:	Cargo:	Salario Mensual:	Fecha de Ingreso:
------------------------	--------	------------------	-------------------

Dirección Empresa:	Departamento / Estado:	Ciudad / Municipio:	Teléfono / Celular:	Ext:
--------------------	------------------------	---------------------	---------------------	------

TIPO DE CONTRATO: <input type="checkbox"/> Término Indefinido <input type="checkbox"/> Término Fijo <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/> Obra o Labor	FORMA DE REMUNERACIÓN: <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Honorarios	Correo Electrónico Empresa:
---	--	-----------------------------

1.2. SI ES INDEPENDIENTE DILIGENCIA LOS SIGUIENTES CAMPOS:

Tipo de Actividad o Sector Económico	Descripción Actividad Principal:	Fecha de Inicio:	Ingreso Mensual Actividad Principal:
--------------------------------------	----------------------------------	------------------	--------------------------------------

Nombre de Empresa o Negocio:	Dirección Empresa o Negocio:	Departamento / Estado:	Ciudad / Municipio:	Teléfono / Celular:
------------------------------	------------------------------	------------------------	---------------------	---------------------

2. PROPUESTA DE PERMANENCIA *

Aporte Mensual Mínimo 6% del Ingreso Mensual:	Aporte Mensual Salario Integral Mínimo 70% de S.M.M.L.V.:
--	--

<input type="checkbox"/> 6%	<input type="checkbox"/> 7%	<input type="checkbox"/> 8%	<input type="checkbox"/> 9%	<input type="checkbox"/> 10%
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

Monto Diferente: \$ _____

<input type="checkbox"/> 70%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 90%	<input type="checkbox"/> 100%
------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------

Monto Diferente: \$ _____

Créditos Vigentes En caso de tener obligaciones vigentes, el área de cartera se comunicará con usted para establecer las condiciones de pago de estas.

Servicios Complementarios	¿Qué servicios utiliza actualmente?	¿Desea continuar con estos?
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

*La aprobación de su propuesta de permanencia estará sujeta a las validaciones realizadas por la Cooperativa. En caso de tener obligaciones vigentes con la Cooperativa, por medio de este documento usted autoriza a Beneficiar Entidad Cooperativa para solicitar y reportar a la Central de Información del Sector Financiero - CIFI o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a su comportamiento financiero.

3. DOCUMENTACIÓN A ANEXAR

EMPLEADO(A)	INDEPENDIENTE / CONTRATISTA	PENSIONADO(A)
<ul style="list-style-type: none"> Certificado laboral con vigencia no superior a treinta (30) días Último desprendible de pago o Copia del contrato laboral 	<ul style="list-style-type: none"> Extractos bancarios del último mes Cámara de Comercio y/o RUT 	<ul style="list-style-type: none"> Copia de Resolución de reconocimiento como pensionado(a)

4. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

FORMA DE PAGO	<input type="checkbox"/> Por libranza <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Código de Barras <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> Web Services	DÍA DE PAGO
----------------------	--	--------------------

EN CASO DE SELECCIONAR DÉBITO, DILIGENCIA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- Autorizo al Banco _____ para debitar automáticamente de mi cuenta de Ahorros (___), Corriente (___) No. _____ todos los meses, el día _____, el valor reportado correspondiente a mis aportes, obligaciones a mi cargo y servicios que poseo con **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien tenga sus derechos y a efectuar el traslado a la cuenta designada para tal fin por la Cooperativa. SI EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL DÉBITO DEL VALOR GENERADO NO EXISTEN FONDOS SUFICIENTES, ASUMO EL COSTO DE LA TRANSACCIÓN Y AUTORIZO A **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA** PARA DEBITAR DE MI CUENTA O COBRAR POR OTRO MEDIO DICHO VALOR.
- Conozco que **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, asumirá por una sola vez el costo que implica la transacción de disposición de fondos para el pago de las obligaciones a mi cargo, siempre que la misma fuere efectiva.
- Como consecuencia de lo anterior, me obligo para con **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, a mantener en la cuenta atrás mencionada, los fondos que resulten necesarios para la atención no solo de las obligaciones a mi cargo, sino también, de las sumas que se llegaren a causar por concepto de comisiones por los débitos que resulte necesario efectuar, hasta obtener el pago efectivo de las citadas obligaciones.
- Autorizo expresa e irrevocablemente a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, para que debite de cualquier suma que sea titular en la entidad, o cargue a mi cuenta, el costo de las citadas operaciones.

5. AUTORIZACIÓN DE RETIRO

<p>En mi calidad de asociado por el presente escrito, autorizo de manera expresa e irrevocable a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para que en caso de incumplimiento en el pago de cualquiera de las obligaciones a mi cargo proceda a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar el retiro definitivo como asociado de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA. Efectuar la compensación de las sumas de que soy titular en aportes, ahorros y demás derechos económicos, con las obligaciones a mi cargo por cualquier concepto. <p>Finalmente, si luego de efectuadas las operaciones atrás citadas, existiere algún saldo a favor este sea abonado a la cuenta autorizada anteriormente para el descuento mensual automático de mis obligaciones con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA.</p>	<p>FIRMA DEL SOLICITANTE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div> <p>_____ Firma Solicitante</p> <p>_____ C.C.: _____</p> <p style="text-align: right;">Huella Índice Derecho</p>
--	--