



CO-INDES

ASOCIACION COOPERATIVA DE EMPLEADOS DE INDES DE R.L.

TODA LA INFORMACION ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL. POR FAVOR COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES Y DECLARACION DE BENEFICIARIOS

I. DATOS PERSONALES

APELLIDO DE CASADA		1ER APELLIDO		2DO. APELLIDO		NOMBRES			
FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		DIRECCION DE DOMICILIO		MUNICIPIO		NO CELULAR	
CARGO QUE DESEMPEÑA			UNIDAD A LA QUE PERTENECE			NO. DUI (ANEXAR COPIA)		LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION	
FECHA DE INGRESO A INDES		AÑOS MESES		FORMA DE PAGO SUS APORTACIONES		CORREO ELECTRONICO			
FECHA DE INGRESO A COINDES		CUOTA DE INGRESO (UNICA)		CUOTA DE APORTACION MENSUAL		CUOTA DE AHORRO PERSONAL MENSUAL		CUOTA DE ALMUERZO MENSUAL	
		\$ 3.00						\$ 2.00	

Por medio de la presente, declaro que acepto las condiciones establecidas en el Reglamento de Crédito vigente. En tal sentido, autorizo a la Cooperativa CO-INDES a gestionar ante el pagador del INDES la retención de las cuotas correspondientes de mi salario, según lo indicado anteriormente. Asimismo, autorizo a la Cooperativa a aprobar o denegar el crédito solicitado y a efectuar los descuentos respectivos por concepto de intereses.

No	NOMBRE (S) DEL (DE LOS) BENEFICIARIO (S)	DUI (SI TIENE)	PARENTESCO	PORCENTAJE
1				%
2				%
3				%
4				%
5				%

(En caso de no anotar los porcentajes, se entenderá que la distribución será en partes iguales)

Yo, _____, titular del documento de identidad _____, en calidad de socio activo de la cooperativa, por medio de la presente, declaro de manera irrevocable que los beneficiarios declarados están autorizados a recibir el porcentaje correspondiente de participación en el fondo o los beneficios sociales de la cooperativa, conforme a lo establecido en los estatutos y políticas internas de la misma.

Y por la presente, autorizo a COINDES, en caso de mi fallecimiento, a liquidar mis deudas con la cooperativa y entregar los fondos restantes a los beneficiarios mencionados, conforme los porcentajes establecidos.

Los beneficiarios deberán realizar el trámite correspondiente de manera personal, presentando debidamente el acta de defunción del socio, y completando el procedimiento requerido por la cooperativa, firmando de recibido los beneficios. En caso de que un beneficiario no pueda realizar el trámite personalmente, podrá designar a un tercero mediante un poder notarial o legalizado que actúe en su nombre.

En caso de que, transcurridos dos años desde la fecha del fallecimiento del socio, los beneficiarios no se hayan presentado a cobrar el beneficio, este pasará a formar parte de los fondos de la cooperativa, específicamente a las cuentas de utilidades del ejercicio correspondiente.

Asimismo, acepto y me comprometo a cumplir con todas las condiciones estipuladas en los estatutos y políticas internas de la cooperativa, reconociendo su validez como marco normativo que rige la presente declaración.

Cualquier modificación a esta carta deberá ser realizada por escrito y contará con el consentimiento previo y por escrito de ambas partes, tanto del socio como de la cooperativa, entendiéndose que la declaración más reciente anula la anterior.

Firma socio:	Firma por COINDES:
Nombre:	Nombre:
Fecha Declaración:	Cargo: