

Bogotá, D.C.,

Señores  
**CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN**  
**FADETEX**

Calle 18 No 3 -06 Piso 4  
Bogotá, D.C.

Atentamente, me permito comunicarles mi interés de vincularme como asociado a la **COOPERATIVA DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO - FADETEX**, para lo cual declaro que conozco el Estatuto y los Reglamentos y me comprometo a acatarlos. Mi información es la siguiente:

| Primer apellido     | Segundo Apellido                    | Nombres   |
|---------------------|-------------------------------------|---|
| CC Numero           | Fecha nacimiento (DD/MM/AA)         | Correo electrónico  |
| Teléfono Residencia | Teléfono Oficina                    | Celular   |
| Estado Civil        | ¿Tiene vivienda propia? Si o No     | Si tiene vehículo, indique la fecha de vencimiento del SOAT |
| Actividad Económica | Empresa                             | Dirección   |
| Cargo               | Tipo de Contrato                    | Fecha de ingreso  |
| Dependencia         | Salario Mensual                     | Otros ingresos (concepto y valor)                           |
| # cuenta bancaria   | Tipo de cuenta (ahorros/ corriente) | Entidad Bancaria  |

Autorizo al pagador de la empresa para la cual trabajo a descontar el \_\_\_\_% (5% a 30%) de mis ingresos mensuales. Autorizo a mi empleador a descontar de mi salario el valor de las cuotas de los créditos que solicite y de los productos o servicios que adquiera a través de la cooperativa.

De igual forma, es mi voluntad que en caso de fallecimiento o incapacidad, el valor de mis aportes les sean entregados a mis beneficiarios, en la proporción relacionada a continuación:

Personas a cargo y/o beneficiarios

| Nombre Completo | # Documento | Parentesco | Fecha de Nacimiento | Beneficiario % aportes |
|-----------------|-------------|------------|---------------------|------------------------|
|                 |             |            |                     |                        |
|                 |             |            |                     |                        |
|                 |             |            |                     |                        |
|                 |             |            |                     |                        |

Anexo copia de mi documento de identidad.

|                             |          |        |
|-----------------------------|----------|--------|
| Firma:                      | CC #     | Huella |
| Dir. de residencia:         |          |        |
| Vo. Bo. FADETEX:            |          |        |
| Fecha aprobación solicitud: | Acta No. |        |

**Nombre Completo de la persona que la refiere**

Bogotá, D.C.,

Señores  
**CONSEJO DE ADMINISTRACION**  
**FADETEX**  
Calle 18 No 3 -06 Piso 4  
Bogotá, D.C.

Dado mi interés de vincularme como asociado a la **COOPERATIVA DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO, FADETEX**, revisados los requisitos para mi afiliación se establece en el Estatuto vigente el de: *"Acreditar la asistencia a un curso de Cooperativismo Básico de intensidad no inferior a ocho (8) horas, o comprometerse a realizarlo en un plazo máximo de seis (6) meses después de la notificación de admisión".*

En atención a que nouento con la formación requerida en Cooperativismo Básico, me comprometo a tomar los cursos correspondientes en los próximos seis (6) meses, para lo cual estaré atento de su programación.

Cordial saludo

FIRMA:

Nombres y apellidos:

Documento de identidad: