



Señores miembros de Junta Directiva:

*Nombres y apellidos tal como aparece en el DNI

 Yo, _____ / _____ / _____
 Primer nombre* Segundo nombre* Primer apellido* Segundo apellido*

 Solicito mi INGRESO REINGRESO voluntario, como afiliado de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Educadores de Honduras Limitada (COACEHL), en virtud de lo cual manifiesto mi compromiso de cumplir con las obligaciones inherentes a dicha condición, entendiéndolo que ello me hace acreedor de los derechos y beneficios que la Cooperativa ofrece a sus miembros.

 El incumplimiento en el pago de obligaciones con la cooperativa (como préstamo o de cualquier otro tipo) será casual de exclusión. Según Artículo 80-A de la Ley de Cooperativas de Honduras. Toda la información es de carácter obligatorio. Los campos señalados con (*) se solicitan conforme al Reglamento del Régimen de Obligaciones, Medidas de Control y Deberes de las instituciones supervisadas en relación a la Ley Especial contra el Lavado de Activos. De acuerdo a la definición descrita en la normativa vigente **Beneficiario Final** es la persona natural que es la propietaria final o que controla a un cliente o la persona natural en cuyo nombre se realiza una transacción. Incluye también a las personas que ejercen el control efectivo final sobre una persona jurídica u otra estructura jurídica según normativa girada por la CNBS.

 Dueño de la cuenta: Si No Tipo de Cuenta: _____ **IMPORTANTE:** En caso de confirmar "No", se deberá completar el formulario para tal fin.

Información general

Lugar de nacimiento*: _____ Fecha de nacimiento*: ____/____/____ Edad*: ____

 Nº de identificación*: _____ DNI Pasaporte Carné de residente Sexo*: F M Nº de RTN: _____

 Nacionalidad*: _____ Estado civil*: Soltero Unión libre Casado Divorciado Nivel educativo*: Medio Superior Otro

Título obtenido*: _____ Profesión, ocupación u oficio*: _____

 Actividad económica*: _____ Vivienda*: Propia Alquilada Familiar Cantidad de hijos*: ____ Cantidad de dependientes*: ____

 Dirección*: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Departamento Municipio/Ciudad/Aldea Barrio o Colonia Casa Bloque

 _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Zona/Sector Calle/Avenida Punto de referencia de la dirección

Teléfono fijo*: _____ Teléfono celular*: _____ Correo electrónico*: _____

Información laboral y financiera

 Nombre del lugar de trabajo*: _____ Nivel*: Prebásica Básica Media Superior

 Sector*: Público Privado Cargo*: _____ Antigüedad laboral*: ____ años Contrato*: Permanente Interino Otro

Especifique*: _____ Teléfono(s)*: _____ Fax: _____

 Dirección*: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Departamento Municipio/Ciudad/Aldea Barrio o Colonia Casa Bloque

 _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Zona/Sector Calle/Avenida Punto de referencia de la dirección

Origen de los ingresos*: Sueldo bruto*: _____ Sueldo neto*: _____ Otros ingresos*: _____

Procedencia*: _____ Nombre del negocio*: _____ Actividad del negocio*: _____

Colegio(s) Magisterial(es) o sindicatos a los que pertenece*: _____

Personas expuestas políticamente (PEP)

 Ha ostentado un cargo público los últimos cuatro (4) años: No Si **IMPORTANTE:** En caso de confirmar "Si", se deberá completar el formulario para tal fin.

Información del cónyuge o compañero de hogar

 _____ / _____ / _____ / _____
 Primer nombre* Segundo nombre* Primer apellido* Segundo apellido*

Lugar de nacimiento*: _____ Fecha de nacimiento*: ____/____/____ Edad*: ____

 Nº de identificación*: _____ DNI Pasaporte Carné de residente Sexo*: F M

Nacionalidad*: _____ Profesión, ocupación u oficio*: _____ Actividad económica*: _____

 Dirección*: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Departamento Municipio/Ciudad/Aldea Barrio o Colonia Casa Bloque

 _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 Zona/Sector Calle/Avenida Punto de referencia de la dirección

Teléfono fijo*: _____ Teléfono celular*: _____ Correo electrónico*: _____

Nombre del lugar de trabajo*: _____ Cargo*: _____ Antigüedad laboral*: ____ años

Sueldo mensual*: _____ Otros ingresos*: _____ Procedencia*: _____

Apertura de cuentas y autorización de deducciones

Cuenta	Deducción mensual (L)	Promedio anual (L)	Monto estimado mensual (L)	Propósito de la cuenta
Mi Aportación				
Mi Ahorro Retirable				
Mi Ahorro Navideño				
Mi Ahorro Soñado				

Plazo: 6 9 12 meses Renovación automática: Si No Forma de pago: Planilla Ventanilla

Solicito la apertura de la(s) cuenta(s) que detallo, a la vez autorizo se me deduzca mensualmente por planilla y/o me comprometo a realizar los pagos por ventanilla según sea el caso de los valores asignados con **mi firma y huella**. El monto mensual de las aportaciones no deberá ser inferior al mínimo establecido en el Artículo 115 del reglamento de la Ley de Cooperativas de Honduras (L30.00 mensuales).

Asimismo **AUTORIZO** Si No libre y voluntariamente a COACEHL que me deduzca la cuota vigente del Seguro Colectivo de Vida para afiliados. En caso de confirmar "No": **EXONERO** de toda responsabilidad presente y futura a la Cooperativa.

**La Forma de pago seleccionada aplica para todas las cuentas arriba descritas a excepción de la cuenta Mi Aportación.*

Designación de beneficiarios**

** En caso que el beneficiario no sea pariente dentro del segundo grado de consanguinidad o cónyuge, debe solicitarse el número de DNI del mismo.

Por este medio, con mi firma y huella, declaro ante los representantes de COACEHL que designo como beneficiarios de mis aportaciones, ahorros y Seguro de Vida, a las personas siguientes:

Nombre	DNI	Parentesco	Domicilio	Distribución (%)		
				Aportaciones	Ahorro	Seguro

En caso de beneficiarios menores de edad, designo como Tutor a: _____

con DNI Nº: _____ Parentesco: _____

Pertenece o es afiliado a otra(s) cooperativa(s): Si No ¿A cuál(es)?

1. _____ Fecha de ingreso: ____/____/____

2. _____ Fecha de ingreso: ____/____/____

Referencias del solicitante

Referencias bancarias y/o comerciales*

Nombre de la institución	Dirección	Teléfono

Referencias personales*

Nombre completo	Parentesco	Dirección	Teléfono

Referido por*

Nombre completo	Parentesco	Dirección	Teléfono

"Declaro expresamente que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Asimismo, declaro que los recursos que poseo no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal de Honduras y que la información que he suministrado en este documento es veraz y verificable, y me obligo a actualizarla al menos una vez al año. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, COACEHL está facultada a aplicar cualesquiera de las disposiciones establecidas en la Ley de Cooperativas de Honduras, en los artículos 58, 59 y 60 del Reglamento de la Ley de Cooperativas de Honduras, las que establezcan sus estatutos, las disposiciones de los órganos supervisores y las demás contenidas en la legislación vigente, sin que esto implique responsabilidad alguna de COACEHL frente al afiliado".

Como constancia de haber leído, entendiendo y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año 20____.

_____ Firma del afiliado

_____ Huella dactilar

Para uso exclusivo de la Cooperativa

Nombre del receptor: _____ Cargo: _____

Filial: _____ Lugar y fecha: _____

Formalizada por: _____ Labor de campo: si No Validación por Cumplimiento: si No

Resolución

El Comité de Ingresos y Retiros de COACEHL, en sesión del día _____ de _____ del año _____, resuelve:

APROBAR **DENEGAR** la presente Solicitud de Ingreso, según consta en Acta Nº: _____