

FORMULARIO DE VINCULACION ASOCIADOS

PRIMERA VEZ



REINTEGRO



ACTUALIZACION

FECHA DE SOLICITUD

CODIGO ASOCIADO

DILIGENCIE COMPLETAMENTE

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO
					BOGOTA
					COLOMBIA
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	LUGAR DE EXPEDICION DOC. IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICION DOC. IDENTIDAD	GENERO:	No. HIJOS:	ESTADO CIVIL
	BOGOTA				
ES MUJER CABEZA DE HOGAR:		No. PERSONAS A CARGO	DIRECCION DE RESIDENCIA:		
SI		0			
	CUIDAD:	BARRIO:	ESTRATO:	TELEFONO RESIDENCIA:	TELEFONO MOVIL:
	SOACHA	CENTRO			
CORREO ELECTRONICO 1.			CORREO ELECTRONICO 2.		

NIVEL DE ESCOLARIDAD

PRIMARIA:	BACHILLER:	TECNOLOGIA:	UNIVERSITARIO: X	ESPECIALIZACION:	OTRO:	CUAL:		
EMPRESA DONDE LABORA:			SUCURSAL U OFICINA		CARGO:	PROFESION:		
CLASE DE CONTRATO:		INDEFINIDO	TERMINO FIJO:	TIEMPO EN MESES:	OBRA O LABOR:	TIEMPO EN MESES:		
FECHA DE INGRESO A LA COMPAÑIA		DIRECCION DE LA EMPRESA:			TELEFONO DE LA EMPRESA:			
ACTIVOS:	PASIVOS:	EGRESOS:	SUELDO BASICO:					
COMISIONES:		OTROS INGRESOS:	PORQUE CONCEPTO?:		TOTAL INGRESOS:			
PROPIEDADES:	FINCA RAIZ SI	NO X	DIRECCION DEL PREDIO:					
	VEHICULO: SI	NO X	MARCA:	PLACA:	Modelo:			
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI			NO	POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRAJERA: SI				NO
				BANCO				
CUALES?:			No. CUENTA:	CUIDAD:	PAIS:	MONEDA		

DATOS DEL CONYUGUE

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
CORREO ELECTRONICO:	TELEFONO RESIDENCIA	TELEFONO MOVIL:

BENEFICIARIOS LEGALES

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	No. IDENTIFICACION:	PARENTESCO:	TE/ CEL
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	No. IDENTIFICACION:	PARENTESCO:	TE/ CEL

AUTORIZACION

	% APORTE (MINIMO EL 3%) SIN SUPERAR LA QUINTA PARTE DE UN SMMLV (SMMLV: SALARIO MINIMO MENSUAL LEGAL VIGENTE)
	APORTES:
FIRMA Y No DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
EN CASO DE RETIRO DE LA COOPERATIVA, LA DEVOLUCIÓN DE SUS APORTES SE EFECTUARAN EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 DIAS HÁBILES A PARTIR DE LA OCURRENCIA DEL HECHO	

AUTORIZACION PARA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS

En virtud de la Ley 1266 de 2008 Decreto 1727 de 2009 Habeas Data Financiero, autorizo para que exclusivamente con fines de información comercial y financiera, consulte, registre, reporte y circule datos en la Central de Información Financiera CIFI y demás fuentes que disponga COOPILLANTAS o a quien represente sus derechos, sobre todas las operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubiera otorgado o me otorguen a futuro; el cual permanecerá reflejado de manera completa en la mencionada base de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado, sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a esta, de conformidad con la legislación aplicable.

La permanencia de mi información en la base de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial, por las normas legales y la jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones que por ser público, conozco plenamente. Asimismo, manifiesto que conozco el reglamento de CIFI y de la entidad que maneje base de datos con los mismos fines. En caso de que a futuro, el autorizado por este documento, efectúe venta de cartera o cesión cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a este, en los mismos términos y condiciones.

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Le informamos que de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1551 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, los datos de carácter personal que se obtengan de su solicitud o prestación de servicios o relación con COOPILLANTAS, serán recogidos en una base de datos con la finalidad de facilitar la prestación e información de los servicios contemplados en el portafolio de servicios a través de los diferentes canales informáticos de la Cooperativa. A su vez, COOPILLANTAS se compromete a no revelar a terceras personas, excepto cuando se considere de buena fe, en caso de que la ley así lo requiera o cuando haya expresado mi autorización; y por un plazo contado desde su vinculación con la Cooperativa hasta la terminación de cualquier vínculo con la entidad; dicha base de datos se conserva y administra bajo responsabilidad de COOPILLANTAS, o los terceros que para tal fin se designen. La base de datos cuenta con las medidas de seguridad necesarias para la conservación adecuada de los datos.

Debe tener presente, la posibilidad que tiene de acceder en cualquier momento a los datos suministrados, así como de solicitar la corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la normatividad vigente, dirigiendo una comunicación escrita al responsable de tratamiento, a la siguiente dirección: cra 31A N° 25B -20 en Bogotá con los siguientes datos: nombre y apellidos, domicilio a efectos de notificaciones, petición en que se concreta la solicitud, fecha, firma de la persona interesada. Para su comodidad, puede ejercer estos mismos derechos a través del correo: secretaria@coopillantas.com gerencia@coopillantas.com al celular 3107682201

DECLARACIONES, ORIGEN Y DESTINACION DE FONDOS Y OTROS

Yo, obrando en mi propio nombre, de manera voluntaria realizo la siguiente declaración de origen y destino de fondos de conformidad con lo establecido en la normatividad colombiana sobre prevención de lavado de activos y de financiación del terrorismo, declaro expresamente que:	
1. Los bienes, servicios, recursos que entrego o se entreguen a COOPILLANTAS en mi nombre, provienen de las siguientes fuentes lícitas y del desarrollo del respectivo objeto social, actividad económica, ocupación, profesión u oficio:	
2. No admitiré que terceros entreguen en mi nombre fondos, bienes o servicios, provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. Ley 599 de 2.000, ni se efectúen transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.	
3. He sido sancionado o investigado por procesos de lavado de activos o de financiación al terrorismo: SI ____ NO X	
En caso afirmativo, adjuntar detalles (fecha, autoridad, motivo y resultados estado actual)	
Autorizo a COOPILLANTAS a retirarme de la Cooperativa en caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas posteriormente a la firma de este documento se invaliden las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a COOPILLANTAS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.	
DECLARACION DE PERSONA: Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:	
¿Tiene o goza de reconocimiento público? SI ____ NO X	¿Maneja recursos públicos o tenga disposición sobre estos? SI ____ NO X
¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado? SI ____ NO X	¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que enajenen los escenarios descritos previamente SI ____ NO X.
Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor especifique cargo, función, jerarquía o relación: _____	

Tengo familiares en COOPIILLANTAS: Si ☐ NO ☒ En caso afirmativo por favor complete los siguientes datos:	
Apellidos y Nombres completos: _____	
PARENTESCO: _____	
Exonero a COOPIILLANTAS de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsoa inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. Los datos presentados en el presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad, al igual que el contenido de la documentación adjunta. Que se informará inmediatamente cualquier circunstancia que modifique las presentes declaraciones. Me comprometo a actualizar al menos una vez al año los datos e información que fueran requeridos por COOPIILLANTAS	
	ACEPTO:
	FIRMA: _____
	NOMBRE: _____
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
ANEXARA ESTE FORMULARIO: COPIA DE SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPIILLANTAS			
NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA VINCULACIÓN / ENTREVISTA:	LUGAR: _____	HORA: _____	FECHA: _____
OBSERVACIONES: _____		FIRMA: _____	

VERIFICACION DE DATOS			
NOMBRE EMPLEADO COOPIILLANTAS:	HORA: _____	FECHA: _____	NOMBRE Y PARENTESCO DE QUIEN BRINDÓ LA INFORMACION

VERIFICACION DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO			
NOMBRE EMPLEADO COOPIILLANTAS:	VERIFICACION EN LISTAS VINCULANTES		NOMBRE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO:
	SI _____ NO _____		
FIRMA: _____	HORA: _____	FECHA: _____	FIRMA: _____