

Aportes %



HOJA DE VIDA ASOCIADO

<- SOLICITUD DE INGRESO
<- ACTUALIZACION DE DATOS

Fecha de Diligenciamiento

Año	Mes	Día

1.VINCULO ESTATUTARIO

Yo, _____, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con la presente solicito se me admita como Asociado y/o se me actualicen los datos de la COOPERATIVA. Expreso que cumpla con los requisitos para ser asociado y que conozco y me someto a sus Estatutos y Reglamentos.

2.DATOS PERSONALES

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de Identificación

C.C.	C.E.
NIT	T.I.

Número de Identificación

Ciudad de Expedición

Fecha de Expedición

Año	Mes	Día

Fecha de Nacimiento

Año	Mes	Día

Ciudad de Nacimiento

Estado Civil

Soltero	Viudo (a)	Union Libre
Casado (a)	Divorciado (a)	

Sexo

Masculino
Femenino

Num de Hijos

Mujer Cabeza de Fila	
SI	NO

Número de Personas a Cargo

Menor de 18 años
Mayor de 18 años

Estrato Socioeconómico

1	3	5
2	4	6

Empleado de Coopericsson

SI
NO

Tiene usted algún familiar empleado de Coopericsson

SI	De ser afirmativo, indique
NO	Parentesco
	Nombre

Nivel Educativo

Primaria	Tecnico
Secundaria	Tecnologo

Univ	Ninguno
Posgrado	Otro, Cual:

Título profesional obtenido

Profesión

3.DATOS DE UBICACIÓN

Dirección de Residencia

Barrio

Municipio

Departamento

Correo Electrónico

Número de Celular

Telefono Fijo

Tiempo de Residencia

Tipo de Vivienda

Si es arrendada, describa:

Noi bre d l arrendador

Años

Meses

Propia

Familiar

Arrendada

Canon

Telefono

4. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Marque una única casilla de actividad principal)

Ocupación Actual

Empleado	Pensionado	Hogar
Independiente	Estudiante	Cesante

Si es pensionado, escriba el nombre de la entidad.

Actividad Económica CIU

Información de la empresa o establecimiento donde trabaja

Nombre/ Razón Social

Dirección

Municipio

Departamento

Teléfono

Tipo de Contrato

Indefinido	Termino Fijo	Prest. Servicios
Honorarios	Hora labor	

Fecha de Vinculacion al Ultimo Empleo

Año	Mes	Día

Cargo que desempeña

Declara renta

SI
NO

Si es persona independiente o comerciante

Número de empleados	Describa brevemente la actividad

Dirección de Correspondencia

Barrio

Municipio

Departamento

Teléfono

ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS

SI _____

NO _____

5.DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de Identificación

C.C.	C.E.
NIT	T.I.

Número de Identificación

Ciudad de Expedición

Fecha de Expedición

Año	Mes	Día

Fecha de Nacimiento

Año	Mes	Día

Ocupación Actual

Empleado	Pensionado	Hogar
Independiente	Estudiante	Cesante
Valor Ingresos	\$	

Nombre de la Empresa donde trabaja

Cargo
Tipo de contrato
Valor Egresos \$

Fijo

Indefinido

Prestación de Servicios

10. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza Operación en Moneda extranjera SI NO

En caso de realizar transacciones en Moneda Extranjera favor diligenciar los siguientes ítems:

Nombre de la Moneda en que realiza las transacciones:	Tipo de Operación :	Descripción de las Operaciones en Moneda Extranjera								
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Importaciones</td> <td><input type="checkbox"/> 5. Prestamos en Mon Extr</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Inversiones</td> <td><input type="checkbox"/> 6. Pago de Servicios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Exportaciones</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Otros. Cuales:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Transferencias</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Importaciones	<input type="checkbox"/> 5. Prestamos en Mon Extr	<input type="checkbox"/> 2. Inversiones	<input type="checkbox"/> 6. Pago de Servicios	<input type="checkbox"/> 3. Exportaciones	<input type="checkbox"/> 9. Otros. Cuales:	<input type="checkbox"/> 4. Transferencias		
<input type="checkbox"/> 1. Importaciones	<input type="checkbox"/> 5. Prestamos en Mon Extr									
<input type="checkbox"/> 2. Inversiones	<input type="checkbox"/> 6. Pago de Servicios									
<input type="checkbox"/> 3. Exportaciones	<input type="checkbox"/> 9. Otros. Cuales:									
<input type="checkbox"/> 4. Transferencias										

Nombre Entidad Internacional	Numero de Cuenta de la Entidad Extr.	Ciudad	Pais

11. AUTORIZACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a LA ENTIDAD a realizar las correspondientes consultas y reportes en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008.

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a LA ENTIDAD a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para:

- El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros.
- La administración de los productos o servicios comercializados a través de LA ENTIDAD de los que soy titular.
- La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que LA ENTIDAD establezca para tal fin.
- La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, LA ENTIDAD podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización.

La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de LA ENTIDAD, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien LA ENTIDAD establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información.

Así mismo, en mi calidad de titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a LA ENTIDAD para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier Operador de Información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico.

Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente.

12. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que:

- La información suministrada a LA ENTIDAD es auténtica y veraz, por lo tanto la autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que LA ENTIDAD considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos.
- Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades lícitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos.
- Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delinquentes.
- En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en LA ENTIDAD, sin que tal hecho genere responsabilidad para LA ENTIDAD.
- LA ENTIDAD queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos.
- Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con LA ENTIDAD, provienen de actividades lícitas.

13. ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMETRÍA

Acepto con LA ENTIDAD a partir de la presente fecha, que si realizo operaciones de acuerdo on los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, a través del sistema biométrico consistente en que cada operación la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendrá los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con la ENTIDAD SOLIDARIA. Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Igualmente que la (s) huella (s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podrán ser capturadas y almacenadas en unabase de datos de la ENTIDAD SOLIDARIA o donde corresponda para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o haga uso de un servicio ofrecido. Igualmente la ENTIDAD SOLIDARIA queda autorizada para solicitar y refrendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy LA ENTIDAD ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la (s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones, utilizaré la(s) huella (s) dactilar (es) registrada (s) en el sistema biométrico. Pero en todo caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de la ENTIDAD SOLIDARIA pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que la ENTIDAD SOLIDARIA pueda tomarme fotografías y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transacción y haga uso de la misma para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por la ENTIDAD SOLIDARIA. Igual autorización doy para mi beneficiario (s) o cuando autorice a terceros, estos tendrán mi autorización plena para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aquí se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos, igual hago en el evento que se implante o use cualquier otro medio adicional de identificación. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operacion realizada con la ENTIDAD SOLIDARIA.

14.ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

			Fecha	
Firma del Asociado	Huella Indice Derecho	Diligenció	Verificó	

15.ESPACIO RESERVADO PARA LA ENTIDAD SOLIDARIA

Resultado de la visita o entrevista al asociado

Lugar	Fecha			Hora	Nombre de la persona que realiza la entrevista	Cargo	Persona Expuesta Públicamente PEP	
	Año	Mes	Día				SI	NO

Concepto:

--

Nombre del empleado de la ENTIDAD SOLIDARIA que confirma las referencias y datos	Fecha			Hora	Nombre de la persona que suministró la información
	Año	Mes	Día		
Firma quién verifica y valida datos	Firma Aprobación Gerente				

DOCUMENTOS ANEXOS:

PENSIONADOS

- * Fotocopia Ampliada del Documento de Identidad 150%
- * Fotocopia último desprendible de pago (pensionados).

EMPLEADOS Y/O INDEPENDIENTES

- * Carta Laboral que incluya, tipo de contrato, sueldo, antigüedad y cargo (Nuevos)
- * Certificación contador publico, Movimientos bancarios
- * Ultimo desprendible de Pago (Activos)