**COOPENTEL**COOPERATIVA DE APOORTE Y CRÉDITO
PARA DISFRUTAR EN VIDA
Nit. 800.069.709-2**FORMATO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL ASOCIADO***

CIUDAD:	FECHA DILIGENCIAMIENTO	VINCULACIÓN	ACTUALIZACIÓN
<input type="text"/>	DD MM AAAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	DE:
FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA	LUGAR DE NACIMIENTO:	PAÍS COLOMBIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	BARRIO:	CIUDAD:
ESTRATO:	TIPO DE VIVIENDA: PROPIA: <input type="checkbox"/> FAMILIAR: <input type="checkbox"/> ARRENDADA: <input type="checkbox"/>	Si es arrendada, especifique nombre del arrendador y/o inmobiliaria:
TELÉFONO/CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	TIENE HIJOS: ¿CUANTOS?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NIVEL EDUCATIVO: PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> U. LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	
TÍTULO OBTENIDO	Tiene padres, hijos, abuelos, hermanos, suegros, cuñados, cónyuge, abuelos del cónyuge, padres adoptantes o hijos(as) adoptivos que en la actualidad o que durante los 2 últimos años fueron reconocidos pública o políticamente y/o manejaron recursos públicos. En caso afirmativo, por favor diligenciar el formulario PEP. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRES:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	NÚMERO:	CORREO ELECTRÓNICO:
EMPRESA DONDE LABORA:	DIRECCIÓN LABORAL:	TELÉFONO/CELULAR:

2. INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN: PENSIONADO <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE LABORA:	CARGO, OFICIO O PROFESIÓN:
CONVENIO NÓMINA <input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN LABORAL:	TELÉFONO:
EXTERNO <input type="checkbox"/> (PAGADURÍA)	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:
TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL: <input type="checkbox"/>	SALARIO: \$	FECHA DE INGRESO: DD MM AAAA
AUTORIZA EL ENVÍO DE CORRESPONDENCIA A: CASA <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO <input type="checkbox"/> WHATSAPP <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	DESCRIPCIONES DE OTROS INGRESOS	GASTOS MENSUALES
SALARIO Y/O PENSIÓN \$ _____	_____	GASTOS \$ _____
INGRESOS DERIVADOS DE ACTIVIDAD PRINCIPAL \$ _____	_____	TOTAL GASTOS \$ _____
OTROS INGRESOS DEMOSTRADOS \$ _____	_____	
TOTAL INGRESOS \$ _____	_____	DECLARA RENTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TOTAL ACTIVOS: \$ _____	TOTAL PASIVOS: \$ _____	TOTAL PATRIMONIO: \$ _____

4. INFORMACIÓN MONEDA EXTRANJERA

¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD:	CIUDAD:	¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TIPO DE MONEDA:	N° CUENTA:	PAÍS:	¿CUÁLES?:

5. REFERENCIAS**REFERENCIA FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED**

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
CÉDULA:	TELÉFONO/CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	CIUDAD:
CONFIRMO:	FECHA:	OBSERVACIONES	

REFERENCIA PERSONAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
CÉDULA:	TELÉFONO/CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:	CIUDAD:
CONFIRMO:	FECHA:	OBSERVACIONES	

REFERENCIA FINANCIERA

ESTABLECIMIENTO:	CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORROS <input type="checkbox"/>	POSEE CUENTA BANCARIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		N° DE CUENTA:

6. BENEFICIARIOS PARA AUXILIOS ESCLUSIVOS DE COOPENTEL

TIPO DE DOC.	NÚMERO:	NOMBRES Y APELLIDOS:	PARENTESCO:	TELÉFONO/CELULAR	FECHA DE NACIMIENTO:	%:
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	

7. DECLARACIONES DE INFORMACIÓN Y ORIGEN DE FONDOS

Declaro con mi firma que: 1. La información suministrada se otorga de manera voluntaria. 2. Los aportes sociales y demás recursos que entrego y entregaré, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano. 3. Mis ingresos y activos provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. 4. La información suministrada es verídica y autorizo a COOPENTEL para que confirme de la forma que estime más conveniente. 5. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la Cooperativa por cada producto o servicio que utilice.

8. AUTORIZACIONES Y CERTIFICACIONES

Autorizo con mi firma de manera voluntaria a: 1. Que _____, descuento de mi salario o mesada pensional la suma de \$ _____ o el _____ %, para abonarlo a mis aportes sociales obligatorios. 2. Consultar ante cualquier central de riesgo mi endeudamiento. 3. Reportar la información requerida, en cuanto al otorgamiento de créditos y obligaciones contraídas, así como, mi comportamiento de pago sea positivo o negativo en los términos de la Ley, para lo cual otorgo mi consentimiento expreso a COOPENTEL. 4. Me contacten a través de los diferentes medios usados por COOPENTEL como correo electrónico, teléfono, celular, mensajes de texto o medios similares.

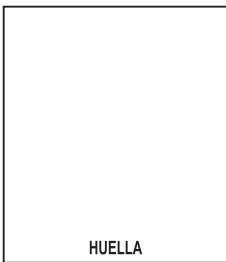
Certifico con mi firma de manera voluntaria que: Conozco que la Cooperativa, podrá dar por terminada cualquier relación conmigo como fundamento además de las cláusulas establecidas en el Estatuto y diferentes reglamentos de los productos cuando: a) Figure en cualquier tipo de investigación o procesos relacionados con Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT). b) Me encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT). c) Me encuentre en requerimientos de entidades de control, por la presunta comisión de delitos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT).

9. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

COOPENTEL identificada con el NIT. 800.069.709-2, domiciliada y ubicada en Bogotá - Colombia, en la carrera 15 No. 119 - 52, oficina 502, Celular 316 7421521 y página web: www.coopentel.com, le informa que es responsable del tratamiento de la información personal que usted suministra en virtud de las operaciones que solicite o celebre con la Cooperativa, se incluye la recolección, almacenamiento, uso y circulación de la misma, bajo medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los datos. La información obtenida se utilizará para: a) Cumplir con el objeto, finalidades y funciones asignadas a las Cooperativas de Aporte y Crédito vigiladas por la Superintendencia de la Economía Solidaria, de conformidad con la Ley 79 de 1988, Ley 454 de 1998, Circular Básica Jurídica, Circular Básica Contable y Financiera y las demás normas que complementen su marco jurídico operacional, así como, las actividades que ayuden a desarrollar y cumplir con el mandato legal asignado. b) Invitarlo, preinscribirlo, inscribirlo o enviar comunicaciones del portafolio de servicios, eventos, cursos, seminarios y capacitaciones que COOPENTEL organiza. c) Evaluar la satisfacción de la participación en los eventos, cursos, seminarios y capacitaciones. d) Realizar estudios, encuestas y diagnósticos. e) Realizar actividades de marketing o prospección comercial. f) Realizar la preinscripción o inscripción al listado de proveedores, realizar estudios de mercado y/o remitir convocatorias para participar en los procesos de contratación de bienes y/o servicios de acuerdo con el Estatuto y sus reglamentos. g) Generar estadísticas e informes internos y externos. h) Enviar respuesta a las solicitudes, quejas, reclamos y felicitaciones presentadas. j) Transmitirlos a nuestros aliados estratégicos. Todo lo anterior, se podrá realizar a través de medios físicos, electrónicos o telefónicos. Usted podrá consultar el "Manual de Políticas y Procedimientos de Protección de Datos Personales", en www.coopentel.com/Manualdeprotecciondedatospersonales. Para resolver dudas e inquietudes relacionadas con el tratamiento de los datos, presentar sus solicitudes y/o ejercer sus derechos puede escribirnos a los correos: gerencia@coopentel.com y sugerenciaspqr@coopentel.com o hacerlo en cualquiera de nuestras sedes. COOPENTEL le informa que sus derechos como titular de datos personales son: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente. (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles.

Leído lo anterior, declaro: 1. Que soy el titular de la información suministrada a COOPENTEL. 2. Que al diligenciar y firmar de forma voluntaria este documento, autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a COOPENTEL para el tratamiento de los datos personales que me he permitido suministrar dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales aquí contempladas, indicando que es completa, confiable, veraz, exacta y verídica.

Dado en _____, a los _____ (____) días del mes de _____ del año 2.02____



HUELLA

FIRMA

CÉDULA

10. USO EXCLUSIVO COOPENTEL

Aceptada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Referido por: _____	
Según Acta No.: _____			
VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN DD MM AAAA	HORA	FECHA DE VALIDACIÓN DD MM AAAA
			HORA
		Actividad económica del vinculante Código CIU: _____	
		<input type="checkbox"/> Revisión de solicitud y documento soporte <input type="checkbox"/> Validación de firmas y huellas dactilares solicitantes	
		<input type="checkbox"/> Confirmación de datos de la solicitud <input type="checkbox"/> Certificación consulta listas restrictivas -SARLAFT	
NOMBRE DEL RESPONSABLE QUE RECIBE LA DOCUMENTACIÓN		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS	
Certifico que realicé la anterior verificación de la información y documentos soporte, suministrados por el solicitante			
CARGO: _____ FIRMA: _____		CARGO: _____ FIRMA: _____	

OBSERVACIONES: _____

DOCUMENTOS ANEXOS:	PENSIONADO	CONVENIO NÓMINA	EXTERNO
<input type="checkbox"/> Solicitud de afiliación totalmente diligenciada y firmada.	X	X	X
<input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identidad legible al 150 %.	X	X	X
<input type="checkbox"/> Registro Unico Tributario (RUT)	X	X	X
<input type="checkbox"/> Fotocopia de los dos últimos comprobantes de ingreso (soportes).	X	X	X
<input type="checkbox"/> Certificación laboral inferior a (30) días de expedida, con antigüedad laboral superior o igual a (6) meses		X	X
<input type="checkbox"/> Extractos bancarios de los 3 últimos meses			X
<input type="checkbox"/> Certificado de libertad actualizado a (90) días, cuando los ingresos provienen de arrendamiento, con los correspondientes contratos actualizados.			X