

 COOPCRUCIAL COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL SIGLA: COOPCRUCIAL	FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS	Código: C-DE-01 Fecha: 25/06/18 Versión: 01
---	---	--

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:	Tipo de Solicitud: Nuevo Asociado <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/>
--	--

INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombres:		
C.C. <input type="checkbox"/> No.	Lugar de expedición:	Fecha de expedición: <u>aaaa/mm/dd</u>
Estado Civil:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: <u>aaaa/mm/dd</u>
Lugar de nacimiento:	Departamento:	Nacionalidad:
Cabeza de hogar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estrato:	No de Hijos:
Nivel Educativo:	Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	Valor arriendo: \$
Oficio o profesión:	Actividad económica: Asalariado	Código CIU:
Dirección de residencia:	Municipio:	Departamento:
Teléfono fijo:	Teléfono móvil:	E-mail:
Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa:	Fecha de ingreso: <u>aaaa/mm/dd</u>
Tipo de Contrato: Término Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>	Cargo:	Email institucional:
Municipio:	Departamento:	Teléfono empresa:
Hobbies:		
No. De cuenta	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>	Banco:
Vr cuota de afiliación: \$	Vr cuota de aporte mensual: \$	Autorizo Descuento Póliza Funeraria: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Clase de Vinculo con Coopcrucial: Pensionado <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Exempleado <input type="checkbox"/>		

REFERENCIAS PERSONAL (2) Y FAMILIAR(1) (no pueden convivir con el asociado)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELEFONO

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor Ingresos mensuales:	Otros ingresos:
Valor Egresos mensuales:	Otros egresos:
Valor Activos:	Valor Pasivos:

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?						
¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique:						
Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorización descuento nomina: Autorizo el descuento por nómina de las cuotas por concepto de aportes y amortización de los créditos, servicios adquiridos y cuotas ordinarias aquí mencionada y los aumentos anuales a que haya lugar, así como las cuotas extraordinarias que fije la Asamblea de Asociados. Igualmente autorizo a mi empleador para descontar de los salarios, prestaciones e indemnizaciones a que tengo derecho y /o fondo de cesantías en donde las tengo consignadas, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas sea descontado y pagado directamente el saldo insoluto que le adeudo a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL - COOPCRUCIAL.

Autorización consulta centrales de riesgo: Actuando libre y voluntariamente en mi calidad de titular de información, autorizo de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL LTDA- COOPCRUCIAL o a quien represente sus derechos: 1. A consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Autorización tratamiento de datos personales: Autorizo a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL – COOPCRUCIAL: 1. Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, la empresa con la cual tengo el vínculo de trabajo, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL - COOPCRUCIAL con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. 2. Para que utilice fotografías en donde yo aparezca para publicidad y presentaciones y el aplicativo de la Cooperativa. 3. A que me envíen mensajes de texto y correos electrónicos recordándome mis obligaciones o promocionando los servicios que presta la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL - COOPCRUCIAL. 3. Grabar y conservar en cintas magnetofónicas, registros digitales o en cualquier otro medio que considere idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y la COOPERATIVA COOPCRUCIAL y/o las entidades externas que la COOPERATIVA COOPCRUCIAL autorice, la información obtenida y recopilada estará sujeta a reserva en la forma prevista por la Ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por las entidades así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro propósito comercial.

Autorización de destrucción de documentos: La COOPERATIVA COOPCRUCIAL estará libremente facultada para aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento. En caso de que la presente solicitud sea negada autoriza irrevocablemente a que todos los documentos que entregamos para el estudio no



COOPCRUCIAL
COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL
SIGLA: COOPCRUCIAL

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS

Código: **C-DE-01**

Fecha: 25/06/18

Versión: 01

nos sean devueltos y sean destruidos después de quince (15) días calendario de la decisión del rechazo.

PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA

¿Maneja o ha manejado recursos públicos? Sí No

¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Sí No

¿Goza o ha gozado de reconocimiento público? Sí No

En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:

¿Existe un vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta Si No / Indique en caso de respuesta afirmativa (nombres completos e identificación)

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% con firma y huella

Si No

Empleados: Certificado laboral o los dos últimos desprendibles de nómina

Si No

Independientes: Certificado ante contador público con copia de la tarjeta profesional y copia cedula de ciudadanía

Si No

Pensionados: Copia de los dos últimos desprendibles de pago o resolución de la pensión

Si No

AUTORIZACION DE ENTREGA DE APORTES

Informo que en caso de fallecer siendo asociado de COOPCRUCIAL, los saldos a mi favor sean entregados a las siguientes personas, que en caso de ser menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de COOPCRUCIAL. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer el derecho de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de estos datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL LTDA - COOPCRUCIAL.

Beneficiarios (nombres y Apellidos)	No. Cédulas de Ciudadanía	Parentesco	Porcentaje

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma

ESPCIO PARA
HUELLA

RESPONSABLE ENTREVISTA

NOMBRE

FECHA

RESPONSABLE GRABACIÓN SISTEMA

NOMBRE

FECHA

VERIFICACIÓN (para uso exclusivo de la COOPERATIVA COOPCRUCIAL oficial de cumplimiento)

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes.

Fecha y hora: DD / MM / AA HH:MM

Nombre y firma del empleado que realizó la verificación y las consultas:

No. de Consulta:

Observaciones: