



FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS

Código: F-AD-01
Fecha: 25/06/18
Versión: 01

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato: _____ Tipo de Solicitud: Nuevo Asociado Actualización de datos

INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombres:			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No.	Lugar de expedición:	Fecha de expedición:	
Estado Civil:	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	Departamento:	Nacionalidad:	
Cabeza de hogar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estrato:	No. de personas a cargo: _____ Adultos _____ Niños _____	RH
Nivel Educativo:	Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	Valor arriendo: \$	
Oficio o profesión:	Actividad económica:	Código CIU:	
Dirección de residencia:	Barrio:	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:	
Tipo de Contrato: Término Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>	Cargo:	Email institucional:	
Dirección laboral	Barrio:	Ciudad:	Telefono:
Salario / Ingresos mensuales	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>	No. de cuenta:	Banco:
EPS	Fondo de Pensiones	Fondo de Cesantías	
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: Empleado CRUZ ROJA <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Empleado COOPCRUCIAL <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Exempleado <input type="checkbox"/>			

REFERENCIAS PERSONALES (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? Si No Cual? _____

Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera ? Si No 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 nomina de las cuotas por concepto de aportes y amortización de los créditos, servicios adquiridos y cuotas ordinarias aquí mencionadas 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 indemnización a que tengo derecho y/o fondo de cesantías en donde las tengo consignadas, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de estas sea descontado y pagado directamente el saldo insoluto que le adeude a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL - COOPCRUCIAL.

Autorización consulta centrales de riesgo: actuando libre y voluntariamente en mi calida de titular de informacion, autorizado de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL-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 informacion - CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionada bases de datos de donde se consigna 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.



FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS

Código: F-AD-01

Fecha: 25/06/18

Versión: 01

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 como publicidad y presentaciones y el aplicativo de la cooperativa. 3. A que me envíen mensajes de texto y correos electrónicos recordando mis obligaciones o promocionando los servicios que presta la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL-COOPCRUCIAL. 4. Grabar y conservar en cintas magnéticas, registros digitales o en cualquier otro medio que considere idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL y/o las entidades externas que la COOPERATIVA CRUCIAL autorice, la información obtenida y recopilada estará sujeta a la reserva en la forma prevista por 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. 5. En caso de entregar información de menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de COOPCRUCIAL y que esta información pueda ser autorizada para las diferentes autoridades y servicios que ofrece la Cooperativa.

Autorización de destrucción de documentos: la COOPERATIVA CRUCIAL 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 autorizada irrevocablemente a que todos los documentos que entregamos para el estudio no 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? Si No

Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Si No

Goza o ha gozado de reconocimiento público? Si No

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

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

AUTORIZACION DE ENTREGA DE APORTES

Informo 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 asenso, corrección, supresión, revocación o reclamo por la infracción de estos datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA MULTIACTIVA CRUCIAL-COOPCRUCIAL.

SON BENEFICIARIOS DE MIS HABERES EN LA COOPERATIVA

Nombres y Apellidos	No. de Cedula	Parentesco	%	Teléfono	Dirección

REGISTRO GRUPO FAMILIAR (PADRES CONYUGUE E HIJOS)

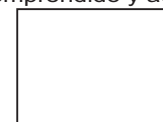
NOMBRES Y APELLIDOS	NO. CEDULA	PARENTESCO	EDAD	DIRECCION	TELEFONO

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% con firma y huella	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Empleados: Certificado laboral o los últimos desprendibles de nómina	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Independientes: Certificado ante contador público con copia de la tarjeta profesional y copia de cedula de ciudadanía	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pensionados: Copia de los dos últimos desprendibles de pago o resolución de la pensión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Independientes: Últimos extractos bancarios	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

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

Firma _____



RESPONSABLE ENTREVISTA

RESPONSABLE GRABACION SISTEMA

Nombre	Nombre
Fecha	Fecha

VERIFICACION (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 vinculadas.

Fecha y hora:	Nombre y firma del empleado que realizó la verificación y consultas:	No. de Consulta:
---------------	--	------------------

Observaciones: