



Cooperativa de Trabajadores de Laboratorio de Cosméticos y Filiales  
**"LABCOOPE"**  
**800.105.142-1**

**FORMATO OFICIAL ÚNICO DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN**

FA 001

<b>AFILIACIÓN</b>				<b>ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN</b>							
<b>FECHA</b>			<b>CIUDAD</b>				<b>CODIGO</b>				
<b>1. INFORMACIÓN PERSONAL</b>											
NOMBRES Y APELLIDOS							C.C. No.	DE			
EXPEDICIÓN DOCUMENTO		DIA	MES	AÑO		CIUDAD EXPEDICIÓN			ESTADO CIVIL		
FECHA DE NACIMIENTO		DIA	MES	AÑO		NACIONALIDAD			GENERO		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
No. DE PERSONAS A CARGO			VIVIENDA PROPIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		POSEE VEHÍCULO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PENSIONADO		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA									BARRIO		
CIUDAD				ESTRATO SOCIAL				No. DE HIJOS			CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TELÉFONO RESIDENCIA					CORREO ELECTRÓNICO						
No. CELULAR					NIVEL DE ESCOLARIDAD						
<b>2. DATOS CONYUGE O PADRES</b>											
TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO				PARENTESCOS	No.TELÉFONO Y CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO			
<b>3. DATOS LABORALES</b>											
DIRECCIÓN DE OFICINA							TELÉFONO			CIUDAD	
CORREO ELECTRÓNICO LABORAL:								SALARIO			
TIPO DE CONTRATO:		FIJO		INDEFINIDO		PRESTACIÓN DE SERVICIOS				OTRO:	
OTROS PAGOS LABORALES, HONORARIOS					PROVIENEN DE				DECLARA RENTA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
ENTIDAD BANCARIA (TRANSFERENCIAS)											
TIPO DE CUENTA		AHORROS		CORRIENTE							
<b>4. CUOTA DE APORTE</b>											
CUOTA APORTES MENSUAL (Ajustar el valor al porcentaje establecido ó si la cuota actual cumple este rango favor colocarla)			\$		DESCUENTOS		EQUIVALENCIA EN PORCENTAJE Aportes deben estar dentro del 5% y el 10% del salario ó ingresos promedio			%	
					Q <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
<b>5. SITUACIÓN FINACIERA DEL ASOCIADO</b>											
INGRESOS MENSUALES					EGRESOS MENSUALES						
Fijos por Salario o Pensión					Obligaciones financieras						
Variables por actividad					Gastos familiares						
Otros ingresos					Otros egresos						
TOTAL INGRESOS		-			TOTAL EGRESOS						
ACTIVOS					PASIVOS						
TIPO DE ACTIVO		VALOR COMERCIAL	HIPOTECA/ PRENDA		DEUDAS		SALDO		ENTIDAD		
Casa - apto - lote			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Hipotecas						
Carro			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tarjetas de crédito						
Inversiones			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Otras obligaciones						
Otro bien			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Terceros						
TOTAL ACTIVO		-			TOTAL PASIVO		-				
<b>6. DATOS DE CONTROL SARLAFT</b>											
¿Realiza operación en moneda extranjera?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Detalle Tipo de operaciones:						
¿ Es persona Políticamente Expuestas (PEPS)?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿ Cuando?			Cargo			
¿ Maneja recursos del sector público?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Descripción:						
REALIZA OPERACIONES EN MONEDAS EXTRANJERA				NO	SI <input type="checkbox"/>	Ciudad/ País					
Banco	TIPO DE CUENTA			Moneda			No de cuenta				
<b>7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS (DILIGENCIAR ESPACIO EN BLANCO)</b>											
Declaro expresamente que: 1.) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes. (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):											

2.) tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano. 3.) Certifico que los recursos que se deriven del vínculo de asociado no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, trata de blancas, pedofilia y Pornografía infantil.

#### 8. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO

Autorizo realizar la entrega de los aportes y ahorros que tenga a mi favor en la Cooperativa en caso de muerte o incapacidad permanente a la (s) siguiente (s) persona (s), con el fin que en caso de fallecimiento no realizar trámites jurídicos adicionales y sean girado directamente. En caso contrario serán entregados de acuerdo a lo establecido por ley.

NOMBRE	CEDULA	%	PARENTESCO	TELEFONO Y/O CELULAR

#### 9. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR LIBRANZA Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL

\*\*\* Autorizo a pagaduría de la entidad donde me encuentro o en un futuro para que sea descontado de mi salario, pensión, honorarios el valor de la cuota de aportes más ahorro periódico indicado.

\*\*\* De igual forma autorizo descuentos indirectos determinados por estatutos y aprobados por asambleas como cuotas extraordinarias, actividades y cualquier otra que de origen al vínculo de asociación. Autorizo mi retiro, en caso de encontrarme relacionado en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo

\*\*\*En caso de retiro de la empresa patronal, autorizo sea descontado de mis prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, salarios, honorarios, pensión y cualquier otro valor a mi favor los saldos de créditos y demás obligaciones legales que me encuentre con el Fondo de empleados.

#### 10. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

\*\*\*Autorizo el manejo, uso y reporte de datos personales de acuerdo a lo contemplado en el decreto 1377 del 27 junio de 2013- reforma parcial ley 1581 de 2012 Ministerio de Industria y Comercio \*\*\*AUTORIZACIÓN ESPECIAL DATOS PERSONALES SENSIBLES: He sido suficientemente informado que con ocasión de mi vinculación a Labcoope se recolectarán mis huellas dactilares y que dicha actividad es considerada por la ley como tratamiento de datos sensibles. De esta forma declaro que he sido informado que por tratarse de datos sensibles no estoy obligado a autorizar el tratamiento. Igualmente he sido informado que los datos sensibles que serán tratados son con el propósito de identificarme fehacientemente y tener certeza sobre mi identidad. \*\*\*Autorizo mi retiro, en caso de encontrarme relacionado en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo

#### 11. AUTORIZACIONES DE CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO O BANCO DE DATOS

El abajo firmante, en su propio nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a Labcoope, o a quien en el futuro haga sus veces como acreedor del crédito o servicio solicitado, para:

a) Consultar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgo o en cualquier otra base de datos manejada por un operador, toda la información relevante para conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener con el una relación contractual, o para incluirlo en actividades como la realización de campañas de mercadeo, ofrecimiento de productos y publicidad en general.

b) Reportar a DATACRÉDITO o a cualquier otra base de datos tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, sus deberes legales de contenido patrimonial, sus datos de ubicación y contacto, sus solicitudes de crédito así como otra información atinente a sus relaciones comerciales, financiera y en general socioeconómicas o que conste en registros públicos, base de datos públicos o documentos públicos.

La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o a su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad, en Centrales de riesgo, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a que se informe sobre las correcciones futuras.

#### 12. OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Eximo a la Cooperativa de cualquier responsabilidad derivada por la información incompleta o no veraz entregada por mi dentro del desarrollo de las actividades de Labcoope.

#### 13. FIRMA DEL SOLICITANTE

#### 14. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LABCOOPE

FIRMA		HUELLA	
No. CEDULA			
ENTREGA DE DOCUMENTOS		SI	NO
* Anexa fotocopia cédula de ciudadanía.			
* Anexa Manejo de datos			
* Anexa desprendible de pago			
* Anexa certificación de nómina o servicios			
* Otros			

NUEVO	REINTEGRO	último retiro
VERIFICACIONES		

RECURSOS HUMANOS      SI      NO

DATOS Y REFERENCIAS      SI      NO

LISTADOS RESTRICTIVOS (LA/FT)      SI      NO

ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS      SI      NO

OTROS METODOS      SI      NO

FIRMA DE QUIEN VERIFICO DATOS

FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

ACTA NO. \_\_\_\_\_ V.B. ADMINISTRACIÓN "LABCOOPE"