

FORMATO OFICIAL ÚNICO DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

FA 001

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN

FECHA

CIUDAD

CODIGO

1. INFORMACIÓN PERSONAL

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 M	
No. DE PERSONAS A CARGO			VIVIENDA PROPIA	SI	NO		POSEE VEHÍCULO	SI	NO	PENSIONADO	SI NO	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA								BARRIO				
CIUDAD				ESTRATO SOCIAL				No. DE HIJOS			CABEZA DE FAMILIA	SI NO
TELÉFONO RESIDENCIA					CORREO ELECTRÓNICO							
No. CELULAR					NIVEL DE ESCOLARIDAD							

2. DATOS CONYUGE O PADRES

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCOS	No. TELÉFONO Y CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

3. DATOS LABORALES

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	NO
ENTIDAD BANCARIA (TRANSFERENCIAS)											
TIPO DE CUENTA		AHORROS		CORRIENTE							

4. CUOTA DE APOORTE

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	M			

5. SITUACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

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	NO			Hipotecas					
Carro		SI	NO			Tarjetas de crédito					
Inversiones		SI	NO			Otras obligaciones					
Otro bien		SI	NO			Terceros					
TOTAL ACTIVO						TOTAL PASIVO					

6. DATOS DE CONTROL SARLAFT

¿Realiza operación en moneda extranjera?	SI	NO		Detalle Tipo de operaciones:			
¿Es persona Políticamente Expuestas (PEPS)?	SI	NO		¿ Cuando?		Cargo	
¿Maneja recursos del sector público?	SI	NO		Descripción:			
REALIZA OPERACIONES EN MONEDAS EXTRANJERA				NO	SI	Ciudad/ País	
Banco	TIPO DE CUENTA		Moneda		No de cuenta		

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS (DILIGENCIAR ESPACIO EN BLANCO)

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 deconstrucción 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 seran 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 mí 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 1377del 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 Centales 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													
<div>FIRMA</div> <div>HUELLA</div> <div>No. CEDULA</div> <div>ENTREGA DE DOCUMENTOS</div> <div>* Anexa fotocopia cédula de ciudadanía.</div> <div>* Anexa Manejo de datos</div> <div>* Anexa desprendible de pago</div> <div>* Anexa certificacion de nómina o servicios</div> <div>* Otros</div>						NUEVO					REINTEGRO		último retiro						
						VERIFICACIONES								OBSERVACION					
						Recursos Humanos						SI	NO						
						Datos y Referencias						SI	NO						
						Listados restrictivos (LA/FT)						SI	NO						
						Antedentes diciplinarios						SI	NO						
						Otros metodos						SI	NO						
FIRMA DE QUIEN VERIFICO DATOS																FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO			
ACTA No. _____																V.B. ADMINISTRACIÓN “LABCOOPE”			