



**SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA
FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO**

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PERSONAL AL SERVICIO DEL ESTADO
COLOMBIANO COOPEBENEFICENCIA

Fecha de Diligenciamiento
DD | MM | AAAAA

OFICINA MANIZALES

PERSONA NATURAL

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Tipo de identificación: CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>			No. de Identificación		Fecha de Expedición DD MM AAAAA		Ciudad de Expedición	
Fecha de Nacimiento DD MM AAAAA		Ciudad o Municipio		Departamento		Nacionalidad		
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Nivel de: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Estudios: Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>		Profesion		
Dirección Residencial				Barrio, Vereda o Localidad		Ciudad o Municipio		
Departamento		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Dirección Correo Electrónico:		

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Ocupacion Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		Nombre de Empresa /Entidad de la que es pensionado				Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	
U oficina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Cargos: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Prestacion de servicios <input type="checkbox"/> Obra o labor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Tipo de Vinculación: Directa <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>		Antigüedad en meses en el empleo anterior:	Fecha de Vinculación
CIU		Actividad Económica		Dirección Laboral		Ciudad o Municipio	
Departamento		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Dirección Correo Electrónico:	
Administra recursos publicos ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Identifique si el solicitante es una PEPs(Persona Expuesta Públicamente) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario Básico / Pensión \$		Comisiones Horas Ext \$		Total Activos \$	
Ingresos Otras Actividades \$		Total Ingresos \$		Total Pasivos \$	
Detalle Ingresos Otras Actividades:		Total Egresos \$		Total Patrimonio \$	

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA (M/E)

Realiza Transacciones en M/E: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tipo de Transacciones en Moneda Extranjera M/E		Giros <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Ordenes de Pago <input type="checkbox"/>	
				Inversiones <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Cuáles _____	
Posee Cuentas en Moneda Extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		pais	Ciudad	Banco	Moneda
					Monto

Declaro que no realizo transacciones en Moneda Extranjera

Firma cliente

Huella

DECLARACION DE VOLUNTAD

En caso de fallecimiento y si quedara algún saldo a mi favor previa deducción de todas las obligaciones pendientes en Coopebeneficencia, serán entregados a:

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	PARENTESCO	%

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a Coopebeneficencia, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, rectificar, reportar, procesar, actualizar 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 cualquier operador o administrador de banco de datos de información financiera, o a quien represente sus derechos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso al banco de datos de información financiera, podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. Así mismo, manifiesto que conozco el contenido del reglamento del Operador. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo al banco de datos de información financiera a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido. Autorizo a Coopebeneficencia a realizar consultas en listas vinculantes, en cumplimiento con la Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y demás normas legales. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás disposiciones que buscan la protección de datos personales y para efectos de acceder al portafolio de productos y servicios de Coopebeneficencia, declaro que he sido informado y he suministrado mis datos personales los cuales podrán ser utilizados para las finalidades relacionadas con la actividad de la cooperativa. En desarrollo de esta relación legal o contractual, la cooperativa busca mantener informado acerca de las innovaciones en los servicios, con el fin de profundizar o ampliar su portafolio, de las mejoras o cambios en sus canales de atención así como de servicios y/o productos complementarios ofrecidos por la cooperativa. Asimismo, declaro que fui informado sobre el tratamiento que se le dará a mis datos con relación a la recolección, almacenamiento, acceso y circulación restringida, revocatoria de la autorización y/o supresión de datos, video vigilancia-monitoreo y seguridad. Adicionalmente acepto que la cooperativa Coopebeneficencia, pueda tener comunicación conmigo, verifique o me suministre todo tipo de notificación e información, por medio físico en lugar de residencia o por correo electrónico, mensajes de texto y en los teléfonos que anteriormente suministré. Asimismo, autorizo para que dicha información pueda ser utilizada por terceros para efectos de remitir información comercial o de otro tipo, por parte de Coopebeneficencia o de terceros, todo ello respetando las limitaciones impuestas por las normas legales o por autoridades competentes. Autorizo expresamente a Coopebeneficencia para verificar información contenida en las solicitudes de asociación, actualización, crédito u otro tipo de vinculación, que presente a la misma. Igualmente, me comprometo a actualizar oportunamente mínimo una vez al año, la información personal, financiera y otra que he suministrado a Coopebeneficencia, de conformidad con las normas legales y las circulares de la Superintendencia de la Economía Solidaria. Esta información se considerará vigente hasta tanto le notifique a Coopebeneficencia cualquier modificación. Adicionalmente autorizo a Coopebeneficencia para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen de fotografías y producciones audiovisuales (videos), rigiéndose por las normas legales aplicables y en especial a: 1. Fotos/videos con fines informativos y/o publicitarios en diferentes medios de difusión de Coopebeneficencia, con alcance en territorio nacional o extranjero; 2. La cooperativa queda exenta de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización, 3. Esta autorización tendrá un plazo de tiempo ilimitado.

En caso de libranza, manifiesto que no me encuentro embargado y no estoy realizando ningún otro trámite crediticio con una entidad distinta a Coopebeneficencia. Autorizo que se practiquen descuentos de nómina en cumplimiento de la Ley 79 de 1988 Art. 142, 143 y 144, a favor de Coopebeneficencia, correspondiente a los servicios solicitados.

Autorizo de manera expresa, inequívoca y voluntaria a Coopebeneficencia para solicitar a los operadores de información del pila, y a éstos, para que le suministren a Coopebeneficencia por el medio que considere, mis datos personales relacionados con la afiliación y pago de los aportes al sistema de seguridad social integral, tales como ingreso base de cotización y demás información relacionada con mi situación laboral y empleador. Coopebeneficencia podrá conocer dicha información cuantas veces lo requiera, mantenerla actualizada y en general tratarla, directamente o través de un encargado, con la finalidad de analizar mi perfil crediticio en aras de establecer una relación comercial y/o de servicios conmigo, así como también para ofrecerme productos o servicios que se adecuen a mi perfil crediticio. En todo caso, declaro expresamente conocer el carácter facultativo de la presente autorización, los derechos que me asisten como titular de la información, y entender que el uso y manejo que se dará a los datos personales se efectuará de forma responsable y respetando las normas y principios generales establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios.

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas y que los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes: _____

Firma cliente


Huella

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES: _____

Fecha de realización entrevista			NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA		
DD	MM	AAAA			
Fecha verificación información			NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACION DE INFORMACION		
DD	MM	AAAA			
DOCUMENTOS ANEXOS				PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación				X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)				X	
Declaración de renta del último período gravable disponible				X	X
Consulta en listas restrictivas				X	X
Consulta de antecedentes penales, fiscales y judiciales				X	X
Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses					X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT					X
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal					X



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE PERSONAL AL SERVICIO DEL ESTADO COLOMBIANO
FORMATO DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
COOPEBENEFICENCIA

Yo, _____ identificado (a) con C.C. _____ de _____, persona plenamente capaz, en uso de mis facultades y bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la presente declaración de origen de fondos a **COOPEBENEFICENCIA**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a las normas relacionadas con la Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT.

1. Declaro que los recursos depositados, entregados o transferidos a **COOPEBENEFICENCIA** por valor de \$ _____, provienen o han sido obtenidos de la siguiente forma:

2. Declaro que estos recursos, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano, ni actué en nombre de terceros, ni permitiré que personas en mi nombre o el de terceros vinculen o efectúen actividades relacionadas con el delito de lavado de activos o la financiación del terrorismo.

3. Declaro que soy el titular y propietario real del dinero con los cuales se realizara la operación con **COOPEBENEFICENCIA**.

4. Eximo a **COOPEBENEFICENCIA**, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa ó errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones, por lo cual responderé personalmente en los asuntos penales, civiles que se originen de mi proceder.

5. Autorizó a **COOPEBENEFICENCIA**, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.

6. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en **COOPEBENEFICENCIA** tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.

7. De igual forma, declaro que:

- a. NO he sido sancionado o investigado por delitos de lavado de activos o de financiación al terrorismo;
- b. NO he sido objeto de algún tipo de sanción administrativa o penal;
- c. NO tengo ninguna investigación administrativa o penal en curso.

8. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por el **COOPEBENEFICENCIA** para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

Dada en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE.

FIRMA



HUELLA