

**SOLICITUD DE AFILIACION Y/O
ACTUALIZACION**

Ciudad y Fecha: _____

Empresa donde Labora _____

Dirección _____

Teléfonos _____

Salario _____

Cargo _____

Señores:

Consejo Administración**Coomucop**

Ciudad

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y me comprometo actualizar, rectificar datos como mínimo una (1) vez al año.

DATOS PERSONALES									
Nombres			Apellidos			Cédula N. De: Fecha de expedición: Lugar de Expedición: Nacionalidad:			
Sexo	Fecha de Nacimiento		Fecha de ingreso		Asalariado		Estado Civil		
Edad					Independiente		Cabeza de hogar		
<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	DD MM AA		DD MM AA		Pensionado		No. Hijos		
Dirección Residencia: Barrio:				Ciudad:		Teléfono Residencia		Celular	
Envió correspondencia-Notificaciones				Correo Electrónico		Nivel Educativo		Actividad Económica CIU	
						Primaria Bachillerato Técnico Universitario Otro		Profesión	
Número de Cuenta Bancaria Nómina			Ahorros Corrientes		Banco		Otra cuenta Bancaria a su nombre No.		Ahorro corriente
									Banco
DATOS FINANCIEROS									
Vivienda propia		Ariendo		Familiar		Estrato		Vehículo	
								SI NO	
Ingresos Mensuales \$			Gastos Mensuales \$			Fecha de corte información			Declara renta
									SI NO
Declaro que mis ingresos son de:			Salario/Pensión Honorarios Rentas Inversiones Negocio Otros		Son obtenido de forma licita correspondiente a:				
Activos Actuales			Pasivos Actuales		Patrimonio			Fecha de corte información	
DATOS DE CONTROL									
Es persona Políticamente Expuestas (PEPS): Desempeña funciones públicas, cargos políticos o maneja recursos de Estado?						Cual		Año desempeño cargo	
SI NO									
Administra recursos públicos			Maneja cuentas extranjeras			Cual			No. cuenta y banco
SI NO			SI NO						
GRUPO FAMILIAR									
Nombres			Apellidos			Cédula			Parentesco

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Yo obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de mis ingresos a COOMUCOP, con el propósito de dar cumplimiento a las normas legales vigentes. 1) Declaró que los recursos entregados, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano, o en cualquier norma que le modifique o adicione, mis recursos provienen del cumplimiento de mis actividades laborales y/o comerciales. 2) No admitiré que terceros efectúen depósitos a las cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con ellas.



Autorizo realizar la entrega de los aportes 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 haya la necesidad de realizar trámites jurídicos adicionales.

FAVOR DEVOLVER DE LA SIGUIENTE FORMA:

NOMBRES Y APELLIDOS	N. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		%	Tel.:
_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>		_____

AUTORIZACIONES

- 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
- Autorizamos la consulta y reporte a centrales de riesgo de acuerdo a mi estado de cartera, sin necesidad de comunicado en cumplimiento a la norma actual.
- Autorizo mi retiro, en caso de encontrarme relacionado en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo.

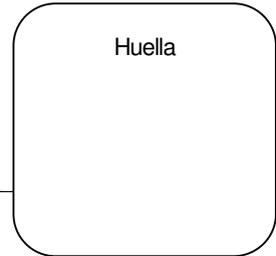
Expresamente declaro haber leído el contenido de este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual en señal de entendimiento y aceptación de sus alcances e implicaciones lo suscribo, someténdome como asociado a los estatutos y reglamentos de COOMUCOP.

Cordialmente

FIRMA

C.C

De: _____



USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA						
TIPO DE AFILIACIÓN	Nuevo		Referido			
	Reintegro		Motivo anterior retiro			
VERIFICACIONES	SELECCIONE LOS APLICADOS			SI	NO	OBSERVACION
	Recursos Humanos -Si trabaja en Empresa					
	Verificación Actividad					
	Listados OFAC					
	Consulta RUES					
	Antecedentes Policía					
Otros						
APROBACION	FUE APROBADO			SI	NO	NO. ACTA
OBSERVACIONES						
FIRMAS	VERIFICA DATOS		GERENTE		OFICAL DE CUMPLIMIENTO	
NOMBRE						