

SOLICITUD DE ASOCIACION Y/O ACTUALIZACION DE DATOS



| | |
|-------------|-------------------|
| Versión: 03 | Fecha: 03/05/2018 |
|-------------|-------------------|

| | | |
|-------|---|---|
| FECHA | | |
| D | M | A |

CORDIAL SALUDO:

La información que estamos recogiendo en este formato, junto con su huella dactilar y firma, tiene por objeto conocer y/o actualizar nuestra base de datos que será utilizada internamente en actividades de afiliación, planeación, control, comunicación de nuestros servicios y además para cumplir con requerimientos de la Superintendencia de Economía Solidaria (SES).

Diligencie, completamente el formato y preséntelo personalmente junto con una fotocopia de su documento de identidad y desprendible del último mes de pago. En caso de ser familiar de asociado docente asociado adjuntar, además: formato de presentación que acredite el parentesco y certificado laboral; si es independiente adicionar certificado de existencia y representación legal con una antigüedad no mayor a 30 días y certificado de ingresos emitida por un Contador Público.

| DATOS PERSONALES | | | | | | |
|---|----------------------|----------------|--|---------------|--|-----------------|
| Apellidos y Nombres completos: | | | Cedula N°: | | Fecha de expedición | |
| | | | De: | | Día | Mes |
| Estado civil: | | | Género: F M | | Madre o padre cabeza de familia: SI NO | |
| Fecha de Nacimiento: Día Mes Año | | | Lugar de nacimiento: | | | |
| Dirección domicilio: | | | Estrato: | | Personas a Cargo: | |
| Barrio: | | Municipio | | Departamento: | | |
| Correo Electrónico: | | | Teléfono: | | Celular: | |
| Nivel Escolar: Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Apellidos y Nombres Completos del Cónyuge: | | | Cedula N°: | | Fecha de Nacimiento | |
| | | | | | Día | Mes |
| Ocupación Cónyuge: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? | | | | | | |
| SITUACIÓN LABORAL DOCENTE | | | | | | |
| Activo <input type="checkbox"/> Pensionado Activo <input type="checkbox"/> Pensionado Retirado <input type="checkbox"/> | | | Fecha de nombramiento en propiedad: año mes día | | | |
| Escalafón: decreto 2277 <input type="checkbox"/> Decreto 1278 <input type="checkbox"/> | | | Jornada: mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> | | Cargo: | |
| Institución educativa: | | | Teléfono: | | Localidad: | |
| SITUACIÓN LABORAL NO DOCENTE | | | | | | |
| Empresa en la que trabaja: | | | Empleado: SI NO | | Cargo: | |
| Dirección: | | | Teléfono: | | Tipo de contrato: | |
| INFORMACIÓN ECONÓMICA | | | | | | |
| Ingresos mensuales: \$ | | | Egresos mensuales: \$ | | | |
| Total activos: \$ | | | Total Pasivos: \$ | | | |
| Otras Entidades Cooperativas donde es Asociado(a): a. b. | | | | | | |
| c. d. e. | | | | | | |
| VALOR DE APOORTE MENSUAL (aporte mínimo 8% SMMLV – aporte máximo 30% SMMLV) | | | | | | |
| Aporte: \$ | | | Entidad Pagadora: | | | |
| REFERENCIAS | | | | | | |
| Familiar | Apellidos y Nombres: | | Dirección: | | Teléfono: | Celular: |
| Personal | Apellidos y Nombres: | | Dirección: | | Teléfono: | Celular: |
| GRUPO FAMILIAR | | | | | | |
| Apellidos y Nombres Completos | | Identificación | Fecha de nacimiento | Estado civil | Parentesco | Nivel educativo |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | |
| ¿Ha recibido capacitación en el sector cooperativo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué nivel? | | | | | | |
| ¿A través de qué medio conoció a Coonadoc?: Familiar <input type="checkbox"/> Compañero Docente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Nombre del Asociado que me vincula: | | | | | | |
| ¿Tiene parentesco con algún directivo o funcionario de la Cooperativa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parentesco: | | | | | | |
| Nombrel del directivo o funcionario: | | | Cargo: | | | |

SOLICITUD DE ASOCIACION Y/O ACTUALIZACION DE DATOS



| | |
|-------------|-------------------|
| Versión: 03 | Fecha: 03/05/2018 |
|-------------|-------------------|

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Consulta y reporte en centrales de riesgo:

Autorizo a COONADOC, para:

- A) Consultar: En cualquier tiempo a cualquier central de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- B) Reportar a la correspondiente central de información de riesgo, datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
- C) Suministrar a la correspondiente central de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicos o documentos públicos.
- D) Conservar, con las debidas actualizaciones y durante el período señalado en sus reglamentos, la información indicada en los literales B) y C) de esta cláusula.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad o en la central de información de riesgo a la cual se hayan suministrado mis datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas.

Autorización para tratamiento de datos personales:

Autorizo de manera expresa, suficiente, voluntaria e informada a “Coonadoc” para incluir y actualizar los datos personales en su base de datos siendo estos capturados, administrados, tratados, procesados, operados, verificados y usados por “Coonadoc” responsable de la información.

Como titular de la información suministrada usted gozara de los siguientes derechos:

- A. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales.
- B. Solicitar prueba de la autorización otorgada.
- C. Ser informado respecto del uso que se les ha dado a sus datos personales.
- D. Revocar la autorización y/o solicitar la suspensión de datos cuando en el tratamiento no se respeten los principios constitucionales y legales.
- E. Acceder en forma gratuita a sus datos personales.

Certifico que los datos personales suministrados por mí en este formulario son veraces, completos, exactos, actualizados, reales y comprobables. Por lo tanto, cualquier error en la información suministrada será única y exclusivamente mi responsabilidad.

Declaración de origen de fondos:

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a Coonadoc:

- 1. Los recursos que deposite en la Cooperativa por concepto de aportes y como pago de las obligaciones que llegare a tener proceden de las siguientes fuentes de ingreso: _____
- 2. Declaro que los ingresos que entregue no provienen de ninguna actividad contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier forma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- 3. Autorizo a Coonadoc a tomar las medidas correspondientes en el caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario e igualmente me obligo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida.

Por la presente solicito mi ADMISIÓN como asociado(a) de “COONADOC”, me adhiero y someto al estatuto y los reglamentos aprobados por la Asamblea General de Asociados. Si soy asociado vinculado a una entidad con convenio de descuento por nómina, autorizo que se descuenten las obligaciones contraídas con la Cooperativa. Si soy asociado particular o convengo pagos por caja, acepto la fecha de pago de las cuotas informadas en el momento de realizar mis solicitudes. Declaro que los datos contenidos en el presente formulario son correctos.

| | |
|-------------------|--------|
| Firma Solicitante | |
| C.C. | HUELLA |

DECISIÓN DE LA SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

| | | | |
|-------------------|-----------|----------------------------|------------------------|
| Recibido por: | | | Fecha: |
| La solicitud fue: | APROBADA: | NO APROBADA | Instancia de decisión: |
| Acta: | | Fecha | |
| Verificaciones: | | Observaciones adicionales: | |