

	COOPERATIVA DE PENSIONADOS Y EXTRABAJADORES DEL ISS SANTANDER "COOPEXTRAISS" Cl. 35 #16-24 Edificio José Acevedo y Gómez Oficina 705	SOLICITUD DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL FO- 01 Versión 4.0			
Fecha de la Solicitud:	Ciudad	Clase de Asociado: Pensionado ____ Familiar ____ Ex Asociado ____ Empleado de la cooperativa ____			
1. INFORMACIÓN PERSONAL					
Primer apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Tipo de Documento: C.C. ____ C.E. ____ Otro ____ Cuál?	Número de Documento:	Lugar de Expedición:		Fecha de Expedición: DIA ____ MES ____ AÑO ____	
Fecha de Nacimiento: DIA ____ MES ____ AÑO ____	Ciudad de Nacimiento:	Departamento de Nacimiento:		Edad:	Género: F ____ M ____
Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Unión Libre ____	Número de personas a cargo: Adultos ____ Menores de Edad: ____	Cabeza de Hogar: SI ____ NO ____	Tipo de Vivienda: Propia ____ Arrendada ____ Familiar ____ Hipoteca ____		Estrato:
Nivel de estudios: Primaria ____ Secundaria ____ Técnico ____ Tecnólogo ____ Universitario ____ Especialización ____ Maestría ____ Doctorado ____ otro ____ cuál?		Dirección de residencia:			Barrio:
Ciudad:	Departamento	Teléfono de Residencia			Teléfono Móvil
Dirección de Correo Electrónico:		Envío de correspondencia: Residencia ____ Oficina ____ Otra ____Cuál? ____			
1.1. INFORMACION DE LAS PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE Y/O PUBLICAMENTE PEP (Diligencie los campos si presenta esta calidad)					
Tipo de PEP SI ____ NO ____ observaciones: En caso de identificarse como PEP diligenciar la Declaración de PEP.		Clasificación del PEP: Empleado Público ____ Maneja Recursos Públicos ____ Goza de Reconocimiento Público ____		Identifique la Condición del PEP: Extranjero ____ Nacional: ____ Organismos Internacionales ____	
Registre el cargo de la persona expuesta publicamente PEP:					
2. DATOS LABORALES/ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS					
Tipo de Vinculación: Asalariado ____ Independiente ____ Pensionado ____ Rentista de Capital ____ Otro ____Cuál? ____					
Nombre de la empresa:	Dirección de la empresa:		Ciudad/Departamento:		Teléfono:
Cargo/Ocupación:	Profesión:	Cargo que desempeña:	Tipo de Contrato: Término Fijo ____ Indefinido ____ Contratista ____		Tipo de Empresa: Pública ____ Privada ____ Mixta ____
Fecha de ingreso: AAAA ____ MM ____ DD ____	Código del CIU/RUT:	Descripción de la actividad económica:		Otra actividad económica:	Descripción otra actividad económica:
3. INFORMACIÓN FINANCIERA Y PATRIMONIAL					
Ingresos mensuales		Gastos Mensuales		Total Activos(bienes y derechos a nombre suyo):	
Salario o Mesada pensional	\$	Arriendo		\$	
Honorarios/Comisiones	\$	Gastos Personales/ Familiares		Total Pasivos (Cuentas por pagar y deudas a cargo suyo)	
otros ingresos	\$	Costos de Operación: (Persona Independiente_Microempresario		\$	
	\$	Otros Egresos: Tarjeta de crédito, cuotas de obligaciones financieras		\$	
Total Ingresos	\$	Total Egresos:		\$	
Detalle de otros ingresos:		Fecha corte de la información financiera: AAAA ____ MM ____ DD ____		Declaración de renta: SI ____ NO ____	
3.1. DESCRIPCION DE ACTIVOS (Bienes y derechos que están a nombre suyo)					
Tipo	Cantidad	Número de Matrícula	Seguro	Hipoteca Prenda	Valor Comercial
Casa/Apartamento			SI ____ NO ____	SI ____ NO ____	\$
Vehículo/Placa			SI ____ NO ____	SI ____ NO ____	\$
Inversiones Financieras			SI ____ NO ____	SI ____ NO ____	\$
Otros bienes o derechos			SI ____ NO ____	SI ____ NO ____	\$
3.2. DESCRIPCION DE LOS PASIVOS (Cuentas por pagar y obligaciones a su cargo con terceros)					
Deudas	Cantidad	Entidad			Saldo a la Fecha
Hipotecas					\$
Tarjeta de Crédito					\$
Obligaciones Financieras					\$
		Total Pasivos:			\$
4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
Realiza operaciones en moneda extranjera: SI ____ NO ____			Tipo de Transacción en moneda extranjera: Importación ____ Exportación ____ Inversiones ____ Préstamo: ____ Transferencia: ____ Otra: ____Cuál? ____		
Tipo de Producto:	Moneda	Banco	No. De Cuenta	Ciudad	Pais
Cuenta de ahorro ____ Cuenta corriente ____ Otro ____ Cuál? ____					
5. REFERENCIAS					
5.1. REFERENCIA FAMILIAR					
Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección	Barrio	Ciudad	Departamento
5.2. REFERENCIA PERSONAL					
Nombres y Apellidos	Dirección	Barrio	Ciudad	Departamento	Teléfonos
6. APORTE SOCIAL A REALIZAR					
De acuerdo con el Estatuto de COOPEXTRAISS, usted deberá realizar un aporte económico mensual, valor a su favor y que será devuelto únicamente en caso de retiro definitivo de la cooperativa.			Escriba el porcentaje de su ingreso que realizará en calidad de aporte mensual: ____ % en letras: ____		
7. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS					
Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido _____, obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado en la Circular Básica Jurídica de 2015, del capítulo IX del título III modificado en la circular externa 04 de enero 27 de 2017, y la circular externa 014 de 2018 emitidas por la Superintendencia de la Economía Solidaria, y en las normas relacionadas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción, las cuarenta recomendaciones del GAFI y demás normas legales concordantes. 1. Los recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes:(Detalle de la ocupación, oficio, Profesión, actividad, negocio, etc.) _____ _____ _____ 2. Declaro que si poseo ingresos adicionales: especifique: _____ _____ _____ 3. Declaro que los recursos recibidos por la cooperativa por el otorgamiento de crédito no serán destinados a ninguna actividad ilícita de las contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 4. No admitiré que terceros efectúen pagos a mi nombre con fondos provenientes de las actividades ilícitas contenidas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 5. Autorizo a COOPEXTRAISS para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado unilateralmente mi asociación COOPEXTRAISS , en caso de inexactitud, información falsa o incumplimiento de lo aquí indicado bajo gravedad de juramento.					

8. AUTORIZACIÓN DE LA CONSULTA A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN

a. Autorizo de manera irrevocable a COOPEXTRAISS, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, COOPEXTRAISS reporte a las centrales de información del Sector Financiero y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación o extinción de las obligaciones directas o indirectas contraídas con anterioridad o que se llegaren a contraer con el sector financiero real. b. Esta autorización comprende la información presente, pasada y futura referente al manejo, estado, cumplimiento de mis relaciones, contratos y servicios, obligaciones y las deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos o a la utilización indebida de los servicios financieros. Todo lo anterior mientras estén vigentes y adicionalmente por el término máximo de permanencia de los datos en las centrales de riesgo, de acuerdo con los pronunciamientos de la corte constitucional. c. La autorización faculta no solo COOPEXTRAISS para reportar, procesar y divulgar en las centrales de información del Sector Financiero o cualquier otra entidad encargada del manejo de datos comerciales, datos personales, económicos, sino también para que COOPEXTRAISS pueda solicitar información sobre mis relaciones comerciales con terceros o con el sistema financiero y para que los datos sobre mí sean procesados para el logro del propósito de la central y puedan ser circularizados o divulgados con fines comerciales. d. Acepto que los registros permanezcan por los términos previstos, en los reglamentos de las respectivas Centrales de Información. Me comprometo con COOPEXTRAISS a informar por escrito y oportunamente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información, así como a suministrar la totalidad de los soportes documentales exigidos y actualizar dicha información con una periodicidad como mínimo anual, en todo de acuerdo con las normas en cualquiera de mis cuentas, depósitos o fondo de COOPEXTRAISS me apruebe en todo o en parte las operaciones solicitadas. Declaro y acepto que la información suministrada será veraz, que todo proceso de vinculación queda sujeto a validación y que éstas autorizaciones las imparto desde el instante en que transmita a COOPEXTRAISS esta solicitud. En constancia de haberlo leído, entendido y aceptado esta información, firmo (amos) el presente documento.

9. AUTORIZACIÓN LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la ley 1581 de 2012, de Protección de Datos Personales, la Cooperativa de Pensionados y Ex trabajadores del ISS Santander (COOPEXTRAISS) le informa que mediante la firma del presente formulario usted autoriza a COOPEXTRAISS a tratar la información suministrada con el fin de analizar su perfil para efectos de estudiar, discutir, tratar y decidir su vinculación como asociado de esta Cooperativa, promocionar y gestionar todos los servicios, capacitación y demás servicios que ofrece o llegara a ofrecer COOPEXTRAISS, enviar información de COOPEXTRAISS o de los convenios vigentes con otras entidades o personas a través de correo electrónico, mensajes de texto, llamadas telefónicas y mensajes de WhatsApp, invitar y desarrollar reuniones de las cuales, además, se tomará un registro fotográfico, para cumplir con los requerimientos e información de autoridades, elaborar informes y/o estadísticas internas para medir la gestión de la Cooperativa, y en general para el cumplimiento de las obligaciones legales exigibles a las entidades de sector solidario. Como titular de los datos personales que suministra, usted cuenta con los derechos de acceso, rectificación, actualización, revocación de la autorización y supresión, los cuales puede ejercer enviando un mensaje a coopextraiiss@gmail.com o dirigiéndose a la siguiente dirección: calle 35 No. 16-24, oficina 705 Bucaramanga (Santander), COOPEXTRAISS le informa que cuenta con una Política de Tratamiento de Datos Personales que se encuentra disponible en el siguiente link: www.coopextraiiss.com.co y que es voluntario responder preguntas que eventualmente le sean hechas sobre datos sensibles o datos de menores de edad, y que éstos últimos serán tratados respetando sus derechos fundamentales e intereses superiores. Son datos sensibles, aquellos que afectan la intimidad del titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, los datos biométricos, y condiciones especiales como discapacidad, desplazamiento, cabeza de familia, ente otros.

10. ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE Y/O PÚBLICAMENTE

El asociado se obliga a actualizar los datos por escrito y oportunamente, o cuado se presente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información suministrada en la cooperativa, así como, presentar los documentos mínimos establecidos y actualizar la información por lo menos una vez al año de conformidad con la normatividad vigente. En caso de suministrar información falsa, no verificable, o negarse a actualizar la información, la cooperativa podrá declarar por terminada la relación comercial de acuerdo con las normas internas de la cooperativa. **Declaración de Persona Expuesta Políticamente y/o Publicamente PEP:** 1. Acepto lo establecido en el decreto de 1674 de octubre 21 de 2016 de mantener la calidad de PEP, por dos años más, una vez haya terminado el periodo, o por cualquier circunstancia que me obligue a renunciar, desistir, despedido o por declaración de insubsistencia del nombramiento o de cualquier otra forma de desvinculación del cargo. 2. Me comprometo a informar a la cooperativa cuando participe como candidato en cualquier cargo público, e informar sobre los resultados de las elecciones. 3. Me comprometo a suministrar la fecha de vinculación y/o fecha de desvinculación en cualquier proceso que lo requiera la cooperativa. 4. Me comprometo a suministrar información de aquellos asociados familiares vinculados a la cooperativa, teniendo en cuenta el parentesco de segundo grado de consanguinidad y de afinidad y de los socios cercanos tal como lo expresa la normatividad.

FIRMA

C.C.

Huella dactilar

Solicitud de documentos						
Asalariado	Independiente	Pensionado	Rentista Capital			
Formato de afiliación debidamente diligenciado en todas sus partes con la respectiva firma y huella	x	x	x	x		
Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150% o cédula de extranjería (Cuando Aplique).	x	x	x	x		
Certificado Laboral no mayor a 30 días de expedido por la entidad competente o comprobante de pensión.	x		x			
Registro civil de nacimiento para acreditar parentesco	x	x	x	x		
Registro civil de matrimonio o declaración juramentada, según sea el caso	x	x	x	x		
Declaración de Persona Expuesta Publicamente, cuando aplique.	x	x	x	x		
Si tiene condición de no declarante de renta, adjuntar certificación de su condición de no declarante de renta.		x		x		

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA COOPEXTRAISS

Dejo constancia que la información de esta solicitud fue validada y certifico que se verificó la información suministrada por el asociado, así como, los documentos soportes presentados por el mismo. También se confrontó la huella dactilar y demás datos con el documento de identificación.

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN:		DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE REALIZAR LA ENTREVISTA:	
Fecha de verificación de la información: AAAA MM DD Hora: _____	Nombres y apellidos de la persona que realizó verificación de los datos:	Fecha de realización de la entrevista: AAAA MM DD Hora: _____	Nombres y apellidos de la persona que realizó la entrevista:
Observaciones de la verificación de datos:		Observaciones de la entrevista:	
Firma de la persona responsable de realizar la verificación de los datos:		Firma de la persona responsable de realizar la entrevista:	

APROBADO CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Fecha: AAAA MM DD

Acta No. _____