



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DELIMA

FORMULARIO

CÓDIGO

SAR-F-18

VINCULACIÓN DEL ASOCIADO

VERSIÓN

03

FECHA

21 / 08 / 2019

\*Diligenciar completamente la solicitud en letra imprenta sin borradores, tachones, ni enmendaduras.

<input type="checkbox"/> VINCULACIÓN	<input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> REINGRESO	<input type="checkbox"/> CONTINUIDAD	FECHA SOLICITUD		
				<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
FECHA RADICACIÓN		<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO	HORA RECIBIDO <input type="text"/>	
FIRMA QUIEN RECIBE _____						

SOLICITUD DE VINCULACIÓN:

Me permito solicitar el estudio de ingreso a COOPDELIMA en calidad de asociado, aceptando los requisitos de admisión, los deberes y derechos contemplados en los estatutos de la entidad, así mismo me comprometo a pagar en forma consecutiva y oportuna (Por caja o por descuento de nómina) el aporte social y las obligaciones que adquiere tal y como lo autorizo en la libranza adjunta, entendiendo que en caso de incumplimiento, COOPDELIMA estará en libertad de aplicar el régimen disciplinario establecido en los estatutos.

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	<input type="text"/> DÍA	<input type="text"/> MES	<input type="text"/> AÑO
TIPO Y No. DOCUMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	NIVEL DE ESTUDIOS	PROFESIÓN			
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CEXT <input type="checkbox"/> PASS	SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
No. <input type="text"/>		No. PERSONAS A CARGO <input type="text"/>					
Fecha Expedición <input type="text"/>	Lugar <input type="text"/>	CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		BARRIO	COMUNA	CIUDAD O MUNICIPIO			

DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO RESIDENCIA	No. CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL
--------------	------	---------------------	-------------	-----------------------------

ESTRATO	TIPO DE VIVIENDA	TIEMPO DE RESIDENCIA	ENVÍO CORRESPONDENCIA
<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5 <input type="text"/> 6	PROPIA <input type="checkbox"/> ALQUILADA <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> AÑOS <input type="text"/> MESES	RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN BANCARIA	ENTIDAD	CIUDAD
No. DE CUENTA	AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN LABORAL ( DILIGENCIAR PARA ASALARIADOS / INDEPENDIENTES )

ESTADO LABORAL	NOMBRE DE LA EMPRESA / NEGOCIO	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>				
CARGO U OFICIO	FECHA VINCULACIÓN EMPRESA Ó INICIO NEGOCIO	CORREO ELECTRÓNICO EMPRESA		
	<input type="text"/> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO			

RELACIÓN CON LA EMPRESA	TIPO DE CONTRATO	JORNADA LABORAL	SALARIO INTEGRAL
DUÑO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/>	FLUO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA Y OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

<b>INGRESOS</b>	<b>EGRESOS</b>	<b>OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>
SALARIO / PENSIÓN <input type="text"/>	ARRIENDO / CUOTA HIPOTECA <input type="text"/>	REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HONORARIOS <input type="text"/>	GASTOS FAMILIARES <input type="text"/>	POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
COMISIONES <input type="text"/>	OTROS EGRESOS <input type="text"/>	TIPO DE PRODUCTO _____ ENTIDAD _____
ARRENDAMIENTOS <input type="text"/>	TOTAL EGRESOS <input type="text"/>	CIUDAD PAÍS _____ MONEDA _____
OTROS INGRESOS <input type="text"/>	DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	No. DE CUENTA _____
TOTAL INGRESOS \$ <input type="text"/>	CONSULTOR <input type="checkbox"/> AGRICULTOR <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> COMERCIANTE <input type="checkbox"/> REMESAS <input type="checkbox"/> RENTISTA DE CAPITAL <input type="checkbox"/> GANADERO <input type="checkbox"/> TRANSPORTADOR <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRANSACCIÓN IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> GIROS <input type="checkbox"/> REMESAS <input type="checkbox"/>
	CÓDIGO CIU <input type="text"/>	PRÉSTAMOS <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> OTRAS/CUALES _____
	ACTIVIDAD ECONÓMICA <input type="text"/>	

DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS Y PASIVOS

<b>ACTIVOS</b>				<b>PASIVOS</b>		
TIPO	CANT.	UBICACIÓN	VALOR COMERCIAL	TIPO	ENTIDAD BANCARIA	SALDO ACTUAL
CASA / APARTAMENTO	<input type="text"/>		\$ <input type="text"/>	OBLIGACIONES CRÉDITOS BANCARIOS		\$ <input type="text"/>
VEHÍCULO	<input type="text"/>		\$ <input type="text"/>	TARJETAS DE CRÉDITO		\$ <input type="text"/>
LOTE	<input type="text"/>		\$ <input type="text"/>	PASIVOS CON COOPDELIMA		\$ <input type="text"/>
OTROS	<input type="text"/>		\$ <input type="text"/>	OTROS PASIVOS		\$ <input type="text"/>
TOTAL ACTIVOS			\$ <input type="text"/>	TOTAL PASIVOS		\$ <input type="text"/>

**INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE**

NOMBRE COMPLETO		FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO		LUGAR DE NACIMIENTO	TIPO DOCUMENTO CC    TI    CEXT    PASS		No.	FECHA EXPEDICIÓN DÍA    MES    AÑO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA SI ES DIFERENTE A LA DEL ASOCIADO				CIUDAD O MUNICIPIO	TELÉFONO FIJO		CELULAR		
NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>				PROFESIÓN, OCUPACIÓN U OFICIO					
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL							DEPENDE ECONÓMICAMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA				CARGO	TELÉFONO OFICINA / EXT.				
SALARIO / INGRESOS		SALARIO INTEGRAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA VINCULACIÓN EMPRESA DÍA    MES    AÑO		DESCRIPCIÓN INGRESOS (PARA NO ASALARIADOS)			

**REFERENCIAS FAMILIARES**

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO - EXT	TELÉFONO CELULAR
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO - EXT	TELÉFONO CELULAR

**REFERENCIAS PERSONALES**

NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO - EXT	TELÉFONO CELULAR
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO - EXT	TELÉFONO CELULAR

**REGISTRO INFORMACIÓN FAMILIARES O BENEFICIARIOS**

NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO CELULAR	TIPO DOCUMENTO CC    TI    CEXT    PASS	No.
FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	PARENTESCO HIJO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>	% BENEFICIARIO APORTE <input type="text"/>		
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO CELULAR	TIPO DOCUMENTO CC    TI    CEXT    PASS	No.
FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	PARENTESCO HIJO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>	% BENEFICIARIO APORTE <input type="text"/>		
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO CELULAR	TIPO DOCUMENTO CC    TI    CEXT    PASS	No.
FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	PARENTESCO HIJO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>	% BENEFICIARIO APORTE <input type="text"/>		
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO CELULAR	TIPO DOCUMENTO CC    TI    CEXT    PASS	No.
FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	PARENTESCO HIJO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>	% BENEFICIARIO APORTE <input type="text"/>		
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO CELULAR	TIPO DOCUMENTO CC    TI    CEXT    PASS	No.
FECHA DE NACIMIENTO DÍA    MES    AÑO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/>	PARENTESCO HIJO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/>	% BENEFICIARIO APORTE <input type="text"/>		

TENGA EN CUENTA QUE PARA BENEFICIOS SOCIALES SOLO SE TIENEN EN CUENTA PADRE, MADRE, CÓNYUGE E HIJOS. (EL TOTAL DEL PORCENTAJE DE LOS APORTES DE LOS BENEFICIARIOS DEBE SER DEL 100%) LA COOPERATIVA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR EL DOCUMENTO DE SUCESIÓN U OTROS DOCUMENTOS AL MOMENTO DE RECLAMAR LOS APORTES DEL ASOCIADO FALLECIDO.

**GUÍA IDENTIFICACIÓN PEP (FAVOR LEER PARA RESPONDER PUNTO SIGUIENTES)**

**I. Personas Expuestas Políticamente.** Para efecto del cumplimiento de las obligaciones derivadas del decreto 1674 de 2016, durante el periodo en que ocupen sus cargos y durante los dos (2) años siguientes a su dejación, renuncia, despido o declaración de insubsistencia del nombramiento, o de cualquier otra forma de desvinculación, se considerarán como Personas Expuestas Políticamente – PEP- las siguientes: **1)** Presidente de la República, Vicepresidente de la República, altos consejeros, director del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, ministros y viceministros. **2)** Secretarios Generales, Tesoreros, Directores Financieros de los Ministerios, los Departamentos Administrativos y las Superintendencias. **3)** Presidentes, Directores, Gerentes, Secretarios Generales, Tesoreros, Directores Financieros de: (i) los Establecimientos Públicos, (ii) las Unidades Administrativas Especiales, (iii) las Empresas Públicas de Servicios Públicos Domiciliarios, (iv) las Empresas Sociales del Estado (v) las Empresas Industriales y Comerciales del estado y (vi) las Sociedades de Economía Mixta. **4)** Superintendentes y Superintendentes Delegados. **5)** Generales de las fuerzas Militares y de la Policía Nacional, e Inspectores de la Policía Nacional. **6)** Gobernadores, Alcaldes, Diputados, Concejales, Tesoreros, Directores Financieros y Secretarios Generales de: (i) gobernaciones, (ii) alcaldías, (iii) concejos municipales y distritales y (iv) asambleas deptales. **7)** Senadores, Representantes a la Cámara, Secretarios Generales, secretarios de las comisiones constitucionales permanentes del Congreso de la República y Directores Administrativos del Senado y de la Cámara de Representantes. **8)** Gerente y Codirectores del Banco de la República. **9)** Directores de las Corporaciones Autónomas Regionales. **10)** Comisionados Nacionales del Servicio Civil, Comisionados de la Autoridad Nacional de Televisión, la Comisión de Regulación de Energía y Gas de la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico y de la Comisión de Regulación de Comunicaciones. **11)** Magistrados, Magistrados Auxiliares y Consejeros de Tribunales y Altas Cortes, jueces de la república, Fiscal General de la Nación, Vice Fiscal General de la Nación, Director de Fiscalías Nacionales, Director Nacional de Seccionales y Seguridad Ciudadana. **12)** Contralor General de la República Vice contralor, Contralores Delegados, Contralores territoriales, Contador, Procurador General de la Nación, Viceprocurador General de la Nación, Procuradores Delegados, Defensor del Pueblo, Vice Defensor del Pueblo, Defensores Delegados y Auditor General de la República. **13)** Consejeros del Consejo Nacional Electoral, Registrador Nacional del Estado Civil y Registradores Delegados. **14)** Representantes legales, presidentes, directores y tesoreros de partidos y movimientos políticos, y de otras formas de asociación política reconocidas por la ley. **15)** Los directores y tesoreros de patrimonios autónomos o fideicomisos que administren recursos públicos. **II. Obligación de las Personas Expuestas Políticamente y de las entidades.** Las personas consideradas como Personas Expuestas Políticamente -PEP- informarán su cargo, fecha de vinculación y fecha de desvinculación cuando sea solicitado en los procesos de vinculación, debida diligencia, actualización anual y conocimiento del cliente, efectuado por los sujetos obligados al cumplimiento de la regulación vigente sobre el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo y los sujetos de reporte de la Unidad de Información y Análisis Financiero (UIAF). **III. Personas que gozan de reconocimiento público.** En esta categoría se consideran como PEPs a los deportistas que han participado en campeonatos mundiales, torneos de carácter nacional e internacional, también a los cantantes en especial aquellos que han ganado premios o reconocimientos, artistas de renombre internacional galardonados y figuras del modelaje y actuación. **IV. Representantes legales de organizaciones internacionales.** Se considera una organización internacional toda asociación conformada normalmente por sujetos de Derecho Internacional Público y regulada por un conjunto de normas propias, con miembros, alcance, o presencia internacional y unos fines comunes.

**AUTORIZACIONES**

Conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 de Protección de Tratamiento de Datos Personales y sus normas reglamentarias y/o complementarias, el suscrito actuando en mi calidad de titular de los datos personales, de manera previa, libre, voluntaria, inequívoca e informada, AUTORIZO a COOPDELIMA, identificada con el NIT No. 890.326.111-9 en su calidad de responsable del tratamiento, para que realice los siguientes tratamientos de mis datos personales referentes a datos generales, de identificación, de ubicación, de contenido socioeconómicos, sensibles<sup>1</sup> y otros datos, tales como gustos y/o intereses particulares, con las finalidades aquí señaladas: 1. Solicite, consulte, comparta, informe, reporte, procese, modifique, actualice, aclare, retire o divulgue, ante Operadores de Información y Riesgo, Prestadores de servicios de celeridad mediante sistemas de flujo de trabajo o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, todo lo referente a mi información financiera, comercial, crediticia (presente, pasada y futura), de antecedentes y aquella relacionada con mis derechos y obligaciones originados en virtud del acuerdo cooperativo u operación que haya llegado o llegare a celebrar o realizar con COOPDELIMA. 2. Realizar las verificaciones correspondientes a control y prevención de fraudes, corrupción, soborno, lavado de activos y la financiación del terrorismo. 3. Consulte, solicite o verifique información sobre mis datos de ubicación o contacto, mis activos, bienes o derechos en entidades públicas o privadas, o que conozcan personas naturales o jurídicas, o se encuentren en buscadores públicos, redes sociales o publicaciones físicas o electrónicas, bien fuere en Colombia o en el exterior. 4. Acceda, recolecte, procese, actualice, conserve, comparta, y elimine mi información y documentación incluso aún, cuando no se haya perfeccionado una relación contractual o después de finalizada la misma. 5. Compile y remita a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que repose en COOPDELIMA que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras. 6. Comparta, transmita, transfiera y divulgue información y documentación con las siguientes personas encargadas: a) Quienes ofrezcan, presten o suministren bienes y servicios a COOPDELIMA para la adecuada prestación de sus productos o servicios; o a quienes en alianza con COOPDELIMA, ofrezcan productos o servicios que conlleven beneficios para mí en virtud de los productos que tengo con COOPDELIMA. b). Entidades con las cuales tenga celebrados o celebren a futuro contratos de uso de red. c). La(s) aseguradora(s) con la(s) cual(es) COOPDELIMA tenga contratadas pólizas o con las cuales yo haya decidido contratarlas, los intermediarios de seguros o de reaseguros. d). El comercializador o proveedor de los bienes o servicios financiados por COOPDELIMA. e) Terceros contratados por COOPDELIMA para la cobranza judicial y extrajudicial, así como para mi localización e investigación de bienes y derechos. f) A las entidades que me realizan pagos de nómina, pensión, subsidios o beneficios. g). Terceros contratados por COOPDELIMA o personas que, en virtud de cualquier relación contractual con dichos terceros, llevan a cabo avalúos. h). Personas que estén interesadas en la adquisición de cartera de COOPDELIMA o que la adquieran a cualquier título. i). A quienes son contratados para la realización de actividades de capacitación en economía solidaria y otros temas de interés general. 7. Me ofrezca y preste sus productos o servicios a través de cualquier medio o canal. 8. Efectúen análisis e investigaciones comerciales, estadísticas, de riesgos, de mercado, financiera incluyendo contactarme para estos fines. 9. Vincularme con COOPDELIMA, así como establecer, mantener y terminar una relación contractual; y actualizar mi información. 10. Me suministren información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicio o cualquier otra índole. 11. Consulte multas y sanciones a mi cargo ante las diferentes autoridades administrativas y judiciales. 12. Demás finalidades contempladas en la Política de Tratamiento de Datos Personales de COOPDELIMA. Las finalidades descritas podrán ejecutarse de forma directa, indirecta y/o conjuntamente por COOPDELIMA, en su calidad de Responsable del Tratamiento de los datos personales o la persona que esta encargue para realizar el manejo o la administración de sus bases de datos dentro y/o fuera del territorio nacional, mediante correos electrónicos, mensajes de texto, correo físico, contacto personal o telefónico o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación vigente o que se desarrolle posteriormente.

Así mismo, reconozco y acepto expresamente que el tratamiento de mis datos personales será efectuado de conformidad con los términos y condiciones señaladas en la política de tratamiento de datos personales de COOPDELIMA, disponible en la página web [www.coopdelima.com](http://www.coopdelima.com). Conozco que puedo revocar la presente autorización manifestándolo a la siguiente dirección de correo electrónico: [pqrscoopdelima@coopdelima.com.co](mailto:pqrscoopdelima@coopdelima.com.co).

<sup>1</sup> Decreto 1377 de 2013 artículo 3 numeral 3. Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos.

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

DECLARO QUE: a) Mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adición o modifique. b) Yo no he efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione, o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades. c) No me encuentro en ninguna lista de reporte nacional y/o internacional. d) Así mismo, declaro que la información suministrada en esta solicitud es real y verificable y asumo plena responsabilidad por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o durante la vigencia del acuerdo cooperativo, información que me comprometo a actualizar al menos una vez al año, cuando se amerite o COOPDELIMA lo requiera. d) Que no existe contra mí o contra ningún miembro de mi grupo familiar investigaciones o procesos penales por delitos dolosos, estando COOPDELIMA facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes en bases de datos o informaciones públicas nacionales o internacionales y para dar por terminado el acuerdo cooperativo si verifica que yo o alguna de las personas de mi grupo familiar tienen investigaciones o procesos, o existen informaciones en dichas bases de datos públicas que puedan colocar a COOPDELIMA frente a un riesgo legal o reputacional. e) Que, con la firma del presente documento, se entiendo que otorgo consentimiento informado, y por lo tanto autorizo a COOPDELIMA a comunicar a las autoridades nacionales, sobre alguna situación descrita, así como a suministrar a las autoridades competentes, toda la información personal, pública, privada o semiprivada que sobre mí o sobre mi grupo familiar. Así mismo, para que COOPDELIMA efectúe los reportes a las autoridades competentes, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y manuales relacionados con su sistema de prevención y/o administración del riesgo de lavado de activos y financiamiento del terrorismo, exonerándola de toda responsabilidad por tal hecho.

**IDENTIFICACIÓN PEP ASOCIADO**

SEÑOR ASOCIADO, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TENGA EN CUENTA LA GUÍA IDENTIFICACIÓN PEP:

¿MANEJA O MANEJÓ RECURSOS PÚBLICOS? SI  NO

¿TIENE O TUVO ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI  NO

¿GOZA O GOZÓ DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI  NO

\*¿OCUPÓ ALGÚN CARGO PÚBLICO SEGÚN LA GUÍA IDENTIFICACIÓN PEP ?, SI SU RESPUESTA ES POSITIVA FAVOR DILIGENCIE LAS SIGUIENTES CASILLAS:

CARGO OCUPADO	FECHA VINCULACIÓN	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE DEJACIÓN, RENUNCIA, DESPIDO O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA O CUALQUIER OTRA FORMA DE DESVINCULACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
---------------	-------------------	-----	-----	-----	--	-----	-----	-----

**IDENTIFICACIÓN PEP FAMILIAR**

\*¿TIENE ALGÚN VÍNCULO CON UN PEP SOCIEDAD CONYUGAL O VÍNCULO FAMILIAR HASTA EN: SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD, SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD Y PRIMERO CIVIL? SI  NO  SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, FAVOR DILIGENCIAR

NOMBRE FAMILIAR	PARENTESCO FAMILIAR	CARGO OCUPADO	FECHA VINCULACIÓN	FECHA DE DEJACIÓN, RENUNCIA, DESPIDO O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA O CUALQUIER OTRA FORMA DE DESVINCULACIÓN:
			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
NOMBRE FAMILIAR	PARENTESCO FAMILIAR	CARGO OCUPADO	FECHA VINCULACIÓN	FECHA DE DEJACIÓN, RENUNCIA, DESPIDO O DECLARACIÓN DE INSUBSISTENCIA O CUALQUIER OTRA FORMA DE DESVINCULACIÓN:
			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

\*Familiares primero civil: padre-madre adoptante, hijo adoptivo.

En caso de tener cualquier inquietud respecto de la información aquí presentada, así como para ejercer sus derechos sobre los datos personales entregados a COOPDELIMA usted podrá contactarnos a través de los siguientes medios: Tel: 6644124 /6642182/6550747/6656251, correo electrónico: [coopdelima@coopdelima.com.co](mailto:coopdelima@coopdelima.com.co)

**FAVOR TENGA EN CUENTA**

\*\*La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para COOPDELIMA y la comprobación de la inexactitud de cualquiera de las informaciones consignadas en este formulario será motivo para negar dicha solicitud

- Debe adjuntar los siguientes documentos:**
- Fotocopia del documento de identificación
  - Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios
  - Constancia de ingresos
  - Último comprobante de nómina

- Para no asalariados/independientes**
- Rut
  - Certificado de ingresos
  - Declaración de renta
  - Extractos bancarios (últimos 3 meses)

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento que contiene 3 folios

FIRMA ASOCIADO

HUELLA INDICE DERECHO

TIPO Y No. DOCUMENTO No.

CC	TI	CEXT	PASS
----	----	------	------

**USO EXCLUSIVO DE COOPDELIMA**

REALICÉ LA INCLUSIÓN EN CARTERA

FECHA DE INCLUSIÓN NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA INCLUSIÓN

DÍA MES AÑO

CERTIFICO QUE LLEVÉ A CABO EL PROCESO ESTABLECIDO PARA CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

FECHA REALIZACIÓN NOMBRE Y FIRMA DE OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

DÍA MES AÑO

FIRMA

APROBADO OBSERVACIONES

SI  NO





COOPERATIVA MULTIACTIVA DE DELIMA

AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

ADM-F-08

VERSIÓN

03

FECHA

21 / 08 / 2019

LIBRANZA PARA APORTES

PRODUCTO	VALOR AUTORIZADO DE DESCUENTO POR PERIODO				A PARTIR DE
	UNA SOLA VEZ	QUINCENAL	MENSUAL	TRIMESTRAL	
APORTES SOCIALES		\$ _____	\$ _____		<input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>
FONDO DE BIENESTAR	\$ SEGUN REGLAMENTO		\$ SEGUN REGLAMENTO		

AUTORIZACIÓN EXPRESA E IRREVOCABLE

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identificación No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en mi calidad de trabajador de la empresa \_\_\_\_\_, obrando de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes, autorizo expresa e irrevocablemente al pagador para lo siguiente: **1.** Retener de mi salario, vacaciones, bonificaciones, o de cualquier suma de dinero que se vaya generando a mi favor, por el (los) concepto (s), el plazo y las sumas de dinero que aparece(n) mencionado(s) en el encabezado de este documento. **2.** Para que las cantidades retenidas sean entregadas a COOPDELIMA en las mismas fechas en que se me hace la retención y que esta entidad las registre en las cuentas respectivas que tengo como asociado a dicha Cooperativa. **3.** Para que en caso que me sean concedidas vacaciones o licencias, se retenga y entregue el valor de las cuotas que reporte COOPDELIMA, igualmente autorizo a descontar el valor reportado antes de comenzar a disfrutarlas. **4.** Para que cada año en el mes de enero sea reajustada la cuota mensual para cubrir mis aportes, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos.

Declaro que conozco y acepto las condiciones y montos que debo aportar periódicamente a COOPDELIMA y que con este descuento no se afecta mi mínimo vital.

De la misma manera manifiesto que el pagador solo actúa como canal de pago y que la administración de los aportes la realiza directamente COOPDELIMA.

FIRMA

TIPO Y No. DOCUMENTO    No.

ESPACIO PARA EMPRESA QUE GENERA EL VINCULO LABORAL

De acuerdo con la aceptación de libranza que hizo nuestro funcionario, procederemos a efectuar los descuentos autorizados, los cuales no exceden el máximo de descuentos legalmente permitidos y procederemos a girarle a COOPDELIMA los valores descontados. Certifico que el original de esta libranza quedó en poder de COOPDELIMA y que con ella se harán efectivos los descuentos periódicos allí autorizados.

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA EN LA EMPRESA

FIRMA

NOMBRE

CARGO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPDELIMA

REVISARON Y TRAMITARON EN COOPDELIMA

GERENCIA

FECHA REALIZACIÓN

CARTERA

FECHA REALIZACIÓN

BIENESTAR

FECHA REALIZACIÓN