



FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO

P.J. 0174 de Diciembre 02 de 1963

Solicitud de Vinculación

Actualización de Datos

CEE-P01-F01

Versión 5 - Diciembre de 2018

NIT. 860.021.849-6

Fecha de solicitud:	ANO	MES	DIA	No. Radicación:	
Referido Por:					
I. INFORMACIÓN BÁSICA					
Número de documento:	Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUJP. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		Lugar de Expedición:	Fecha de Expedición:	
Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Nombres:		
Dirección de residencia:		Barrio:	Ciudad:	Estrato:	
Lugar de Nacimiento:			Fecha de nacimiento		Edad
Ciudad:	Departamento:	País:	AÑO	MES	DIA
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Celular:	Email:		
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Cabeza de Hogar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nivel de Estudios : Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____					
Título Profesional:			Ocupación u oficio:		
Institución:		Fecha:			
En caso de ser asociado menor de 14 años diligenciar los datos del Tutor			Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No.		
Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Nombres:	
II. ACTIVIDAD ECONOMICA					
Empleado sector privado <input type="checkbox"/> Empleado Oficial <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>					
Nombre de la empresa:			Fecha de Ingreso ó Inicio actividad		
Dirección de la Empresa:		Ciudad:	AÑO	MES	DIA
Cargo:			Teléfonos:		
Sueldo mensual: \$	Tipo de contrato: A termino Fijo <input type="checkbox"/> A termino Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o labor Contratada <input type="checkbox"/> Misión <input type="checkbox"/> Destajo <input type="checkbox"/> Jornal <input type="checkbox"/> OPS (Orden de Prestación de Servicios) <input type="checkbox"/>				
Detalle de la Actividad: (si es independiente)		Codigo CIU	Administra recursos públicos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles? _____		
No. De cuenta Bancaria:	Banco:	Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>			
DECLARACION DE PERSONAS O FAMILIARES EXPUESTOS PUBLICA Y POLITICAMENTE PEP'S					
Es usted una Personas Expuestas Políticamente o Públicamente (PEPs)" SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tiene Padres, hijos, abuelos , nietos, hermanos, suegros, cuñados, conyuge, padres adoptantes o hijos (as) adoptivos que la actualidad o que durante los dos (2) ultimos años sean Personas Expuestas Políticamente o Públicamente (PEPs)" SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (En caso de ser afirmativo diligenciar FORMULARIO DE PERSONAS POLITICAMENTE EXPUESTAS (PEP's) CEE-P01-F01)					
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
Realiza operaciones en moneda extranjera:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cuáles?:		
Posee cuentas en moneda extranjera:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. De Cuenta:		
Banco:	Moneda:	Ciudad:	País:		
Declaración de Operaciones en Moneda Extranjera					Huella Índice Derecho

FIRMA ASOCIADO					
III. INFORMACION FINANCIERA					
Detalle de Ingresos Mensuales		Detalle de Egresos Mensuales		TOTAL ACTIVOS	
Sueldo fijo :	\$	Vivienda (arriendo o cuota):	\$	\$	
Sueldo variable :	\$	Alimentación:	\$	\$	
Honorarios y comisiones :	\$	Servicios públicos:	\$	\$	
Sueldo cónyuge:	\$	Telefonía:	\$	\$	
Otros ingresos permanentes:	\$	Tarjetas de crédito:	\$	\$	
TOTAL INGRESOS	\$	Transporte:	\$	\$	
Especifique Origen de otros ingresos:		Obligaciones financieras:	\$		
		Otros Egresos:	\$		
		TOTAL EGRESOS	\$		
				DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
RELACION PATRIMONIAL					
RELACION DE BIENES RAICES					
Tipo de Inmueble: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____					
Dirección:					
Valor Comercial \$	Hipoteca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Ciudad:		
RELACION DE VEHICULOS					
Tipo de Vehículo:		Tipo de Servicio: Publico <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>		Marca:	
Valor Comercial \$	Modelo:	Placa:	Pignorado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

IV. INFORMACIÓN FAMILIAR			
DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE			
Número de documento:	Tipo de documento: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Lugar de Expedición:	Fecha de Expedición:
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:	
Actividad económica principal del cónyuge: Empleado sector privado <input type="checkbox"/> Empleado Oficial <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Sin ocupación <input type="checkbox"/>			
Ocupación u oficio:	Nombre empresa:	Fecha de nacimiento	
		AÑO	MES
Dirección de la empresa:	Ciudad:	Teléfonos:	
Ingreso mensual: \$	Tipo de contrato: A termino Fijo <input type="checkbox"/> A termino Indefinido <input type="checkbox"/>	Email:	
Detalle de la Actividad: (si es independiente)	Codigo CIU	Fecha de Ingreso ó Inicio actividad	
		AÑO	MES

V. DECLARACION DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO			
Declaro bajo la gravedad de juramento que deseo y es mi voluntad que en caso de fallecimiento mis aportes sociales y depósitos de ahorro que posea en Coopexxonmobil, sean entregados a los siguientes beneficiarios:			
Apellido y nombres	Parentesco	Identificación	Fecha de nacimiento
			AÑO
			MES
			DIA
			%

VI. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
De acuerdo con lo establecido por la ley y los reglamentos, La Superintendencia de La Economía Solidaria y demás autoridades pertinentes, declaro que: 1. La información que suministro es veraz, los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione. Proviene de: _____ 2. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta con recursos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 3. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en el caso de infiltración, eximiendo a la Entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o la violación del mismo.

VII. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGO
Certifico que la información que suministro es veraz y auténtica, por lo tanto autorizo irrevocablemente a COOPEXXONMOBIL, durante el tiempo en el cual soy Asociado de esta Cooperativa, para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Y autorizo a COOPEXXONMOBIL o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, actualizar y solicitar a las centrales de riesgo, toda la información referente a mi comportamiento comercial.

VIII. OTRAS AUTORIZACIONES
1. Autorizo a COOPEXXONMOBIL para que a través de mi cuenta de ahorros y aportes voluntarios, efectúe operaciones débito y crédito relativas a cuotas ordinarias o extraordinarias de aportes sociales, cuotas sociales que se deriven de mi vinculación como Asociado y pago de servicios recibidos de terceros como seguros, telefonía, servicios, etc. para lo cual me comprometo a mantener en la cuenta el saldo suficiente para atender oportunamente las cuotas pactadas. 2. Hago constar que conozco y he recibido los reglamentos de uso de los productos y servicios prestados por Coopexxonmobil, y que he sido debidamente informado sobre las condiciones y valor máximo amparado de los productos de ahorro, cubiertos por el seguro de depósitos FOGACOOOP. 3. Me comprometo a actualizar mi información por lo menos una (1) vez al año o cuando Coopexxonmobil lo estime conveniente. 4. Autorizo a Coopexxonmobil para enviar mensajes de texto, de voz y correos electrónicos con información institucional de la Cooperativa relacionada con sus productos y servicios. 5. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En virtud de la Ley Estatutaria 1581 del 2012, mediante la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, en mi calidad de Asociado de Coopexxonmobil, con domicilio en Bogotá, por medio del presente documento, otorgo mi consentimiento previo, expreso, e informado, a Coopexxonmobil, para que la información vinculada o que pueda asociarse a Coopexxonmobil (los "Datos Personales"), incluyendo pero sin limitarse a los datos o información personal no pública, los datos sensibles como email, teléfono, dirección, información bancaria que le he revelado a Coopexxonmobil, para suscribir la Solicitud de Crédito, el Pagare, Carta de Instrucciones y demás documentos del proceso de crédito; así como aquella información adicional a la cual llegare a tener acceso en desarrollo de la actividad del crédito por parte de Coopexxonmobil, sea objeto de cualquier operación o conjunto de operaciones tales como la recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o supresión (el "Tratamiento"), en los términos, por las personas y fines que se indican con base en lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales de Coopexxonmobil (la "Política"), la cual puede ser consultada en www.coopexmo.com (la "Autorización").

Todos los campos deben ser diligenciados obligatoriamente
El Consejo de Administración y la Gerencia una vez acepte su vinculación a la cooperativa le enviara un comunicado en el cual le estará informando de los beneficios y servicios a los que tiene derecho, así como sus compromisos
No olvide que su vínculo como nuevo asociado de la Cooperativa empieza a regir una vez aceptada su solicitud de vinculación por el Consejo de Administración, para su aprobación, recuerde que debe haber presentado el Formulario debidamente y completamente diligenciado.
CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y VERIFICABLE.



Huella Índice
Derecho

FIRMA ASOCIADO

IDENTIFICACION

IX. DOCUMENTOS ANEXOS	PN
Fotocopia del documento de identidad	<input type="checkbox"/>
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	<input type="checkbox"/>
Declaración de renta del último periodo gravable disponible	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del registro Unico Tributario (RUT) Si es trabajador independiente o tiene alguna Actividad Economica Adicional.	<input type="checkbox"/>
Autorización de Descuentos	<input type="checkbox"/>
Pagare, Carta de Instrucciones (Para asociados por Tesorería)	<input type="checkbox"/>

X. ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA			
OBSERVACIONES:			
FECHA REALIZACION ENTREVISTA	AÑO	MES	DIA
NOMBRE Y FIRMA Y CARGO DEL FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA			
NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN			
FECHA VERIFICACION INFORMACION	AÑO	MES	DIA