



FORMULARIO DE ASOCIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DEL ASOCIADO

FO- GC-01 Conocimiento del Asociado
Versión 01 - Septiembre de 2021

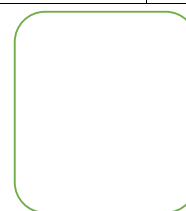
Tipo de Solicitud			Ciudad	Tipo Asociado					Fecha de Solicitud		
Vinculación	Actualización		UPB	Estudiante	Empleado Coomeb	Externo		DD	MM	AAAA	

ASOCIACIÓN - APORTES

Recuerde: para afiliarse a COOmeb LTDA, deberá cancelar la suma equivalente a ¼ SMLV cuando los ingresos del solicitante sean superiores a dos (2) SMLV y cuando sus ingresos sean inferiores a dos (2) SMLV deberá cancelar la suma equivalente a 1/8 de SMLV. Estos pueden ser cancelados en un plazo hasta de tres (3) meses. Para estudiantes asociados que ostenten la calidad de estudiantes sin acreditación de ingresos laborales o de algún tipo, la modalidad de aportes será semestral y equivalente a 1 (UN) SMLDV - salario mínimo legal diario vigente. Este valor se sumará a sus aportes.

COOmeb LTDA, cobrará una cuota de admisión no reembolsable equivalente a uno y medio (1.5) salarios mínimos diarios legales vigentes aproximado al múltiplo de mil más cercano, y lo podrá cancelar al momento de la afiliación por caja, con el primer descuento de nómina o través de débito automatico.

DERECHO DE ASOCIACIÓN			FINANCIACION DE LA ASOCIACIÓN					APORTES		
Pago por caja			Sin financiación					4% del ingreso mensual		
Descuento por nómina			A 3 meses					Aportes por un		%
Débito automático								Aportes por		\$



Nombres y Apellidos

FIRMA C.C. / T.I. / C.E.

Huella

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre			Segundo Nombre			Primer Apellido			Segundo Apellido								
Tipo de Documento			Número			Lugar de Expedición			Fecha de Expedición								
C.C.	C.E.	T.I.							DD	MM	AAAA						
Pais de Nacionalidad			Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento			Departamento			Tipo de Vivienda					
			DD	MM	AAAA							Propia	Arrendada	Familiar			
Estado Civil (Seleccione)				Nivel educativo					Género			No. personas a cargo					
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad	Posgrado	F	M						
									Estrato								
Dirección de Domicilio						Municipio			Departamento								
Correo Electrónico									No. Celular			Teléfono					
Personal						Laboral											
Envío de correspondencia			Email			Oficina			Domicilio								

1.1. INFORMACIÓN DEL CONYUGUE

Nombres y apellidos			Documento identificación			Teléfonos de Contacto		
Nombre de la empresa donde labora			Dirección de la empresa			Ciudad		

1.2. INFORMACION DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE PEP

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	SI	NO	Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO
---	----	----	---	----	----

¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general?										SI	NO	Si alguna de las preguntas fue afirmada por favor especifique			
Fecha Inicial de vinculación al cargo		AA	MM	DD	Fecha Final de desvinculación al cargo		AA	MM	DD	Ciudad donde desempeña el cargo		Registre el nombre de la institución donde se desempeña como PEP			
1.3. REGISTRE INFORMACION DE LOS FAMILIARES PEP (cuando aplique)															
Tiene familiares PEP en COOEMB										SI	NO				
En caso de afirmativo. Registre la información de los cónyuges o compañeros permanentes y/o familiares de los PEP, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad: En primer grado: Padres, Suegros, Hijos, Yerno/Nuera; Segundo grado Abuelos, Hermanos, cuñados y Nietos.															
Nombres y Apellidos				Tipo de Parentesco				Tipo documento y número				Asociado			
												SI	NO		
												SI	NO		
2. DATOS LABORALES															
Nombre de la empresa donde labora o negocio						Dependencia			Cargo						
Dirección de la Entidad						Departamento/Municipio			Salario Básico		Otros ingresos				
Ocupación, oficio o profesión		Tipo de contrato						Fecha de Ingreso							
		Prestación de servicios		A termino fijo		Indefinido		Independiente		DD	MM	AAAA			
3. INFORMACIÓN FINANCIERA															
INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES				INFORMACIÓN DEL BALANCE							
Sueldo / Pensión		\$		Arriendos		\$		Total Activos		\$					
Honorarios / comisiones		\$		Gastos Personales/Familiares		\$		Total Pasivos		\$					
Ventas		\$		Obligaciones Financieras		\$		Patrimonio		\$					
Otros ingresos		\$		Otros Egresos		\$		Fecha de corte información financiera		DD	MM	AAAA			
Total Ingresos		\$		Total Egresos		\$		Declara renta		SI	NO				
Descripción del campo otros ingresos mensuales															
4. INFORMACION DE OPERACIONES EXTRANJERAS															
Realiza operaciones en moneda extranjera				Tipo de operaciones en moneda extranjera											
SI	NO	Importaciones		Exportaciones		Inversiones		Préstamos en moneda extranjera		Otra	Cuál ?				
Posee cuentas en moneda extranjera?				SI	NO	No. de Cuenta		Banco		Tipo de Moneda					
Ciudad			País												
5. REFERENCIAS															
5.1. REFERENCIA FAMILIAR DIFERENTE AL CONYUGE															
Nombres y Apellidos				Parentesco				Dirección							
Barrio		Ciudad		Teléfono		Email									
5.2. REFERENCIA PERSONAL															
Nombres y Apellidos				Parentesco				Dirección							
Barrio		Ciudad		Teléfono		Email									

6. AUTORIZACIÓN ESPECIALES COMPROMISOS Y DECLARACIONES

1) AUTORIZO a COOMEB LTDA., o quien represente sus derechos el tratamiento de los datos personales relacionados en el presente formato para ser utilizados con las siguientes finalidades: a) el desarrollo de la relación contractual que nos vincula, lo que supone la generación de extractos y cuentas de cobro, la realización de actividades de cobranza, entre otros; b) La administración de los productos y/ servicios comercializados por COOMEB LTDA. de los que soy titular, c) Ser informado sobre los cambios reglamentarios y citaciones a los eventos que se organicen por COOMEB LTDA o sus aliados estratégicos d) la estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que COOMEB LTDA establezca para tal fin, e) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de COOMEB LTDA., a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos y servicios de los que soy titular. 2) Autorizo a COOMEB LTDA a consultar y reportar a las centrales de información financiera o cualquier entidad que administre bases de datos públicas o privadas con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial o incumplimiento de mis obligaciones, frente al sector financiero y/o real. 3) Declaro que la información consignada en esta solicitud y los documentos que se anexan corresponden a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos, comprometiéndome a actualizar esta información como mínimo una vez al año, anexando los soportes que sean requeridos para ello. Acepto que cualquier inexactitud en los datos suministrados o la imposibilidad de confirmarlos o la falta de su actualización anual, dará derecho a COOMEB LTDA., para generar las acciones correctivas necesarias. 4) Autorizo a COOMEB LTDA a tomar mi(s) impresión(es) dactilar(es) y fotografía personal por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa. He sido informado del carácter facultativo de la entrega de ésta información que potencialmente puede ser sensible, considerando sin embargo que la misma es necesaria para garantizar la seguridad de los asociados. 5) Autorizo a COOMEB LTDA. para que realice el tratamiento de los datos sensibles, tales como la condición de madre cabeza de familia, acaecimiento de calamidades familiares y/o personales e información relacionada a menores de edad con el fin de poder gozar de los beneficios que COOMEB LTDA ofrece para el efecto. 6) Declaro que he sido informado de los derechos de consulta, reclamo y rectificación que tengo como titular de mis datos personales conforme a los lineamientos de la política de tratamiento de datos personales de la cooperativa, la cual puede ser consultada en el sitio web: www.coomeb.co


DECLARACION ORIGEN DE FONDOS: Declaro de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado aquí es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 04 de 2017 y 014 de diciembre de 2018 emitida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, la Ley 1121 de 2006 y demás normas concordantes: 1) Los recursos que utilizaré en mis relaciones comerciales con COOMEB LTDA provienen del cumplimiento de mis actividades laborales, mesada pensional y/o comerciales. 2) Declaro que los recursos que le entregue a COOMEB LTDA en cualquier parte del territorio Colombiano, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con ellas. 3) No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas.

7. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Documento	Empleados	Independientes	Pensionados	Estudiantes	PEPS
Formato de Vinculación y/o Actualización del Asociado debidamente diligenciado y firmado	x	x	x	x	x
Fotocopia del documento de identidad	x	x	x	x	x
Certificado laboral no mayor a 30 días	x				x
Certificación de otros ingresos - si los tiene	x	x	x	x	x
Declaración de Renta del último periodo gravable		x	x		x

8. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma Solicitante	 Huella Índice Derecho
-------------------	--

REFERIDO POR:

9. VERIFICACIÓN

Fecha de verificación de la información	Hora				Teléfono				
	DD	MM	AAAA	a.m.	p.m.				
Nombre de la persona que atendió					Parentesco				
Confirmación de la dirección	Aceptado		Rechazado		Observaciones		SI		NO

Nombre y firma de la persona responsable de verificar la información

APROBADO POR CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

	Fecha	DD	MM	AAAA	Aprobado	Negado	Acta No.
Firma del Presidente							