



# SOLICITUD DE AFILIACIÓN

NÚMERO

1783

Día	Mes	Año

Por favor diligencie este formulario en letra imprenta o a maquina

## INFORMACIÓN PERSONAL

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres			
Documento de Identidad <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT.	Número	Expedida en	Fecha de Nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A		
Lugar de Nacimiento	Estado Civil	Profesión	Personas a Cargo		
Dirección Residencia	Ciudad	Departamento	Vivienda Propia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dirección Electrónica	Celular	Teléfono	Extensión		

## INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa donde Labora	Cargo	Antigüedad	Fecha de Ingreso 			
Dirección	Dependencia	Teléfono	Extensión			
Asignación Salarial: \$	Otros Ingresos: \$					
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> DOCENTE TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> DOCENTE HORA CATEDRA	<input type="checkbox"/> DOCENTE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> SERVICIOS GENERALES <input type="checkbox"/> EGRESADO	<input type="checkbox"/> FAMILIAR DE ASOCIADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO COOMEB				

## AFILIACIÓN APORTES

Recuerde: Para afiliarse a COOMEB LTDA. deberá cancelar la mitad de un salario mínimo legal vigente. Se cancelará el 25% al momento de la afiliación o con el primer descuento de nómina y el 75% restante los puede financiar en un plazo máximo de cinco meses. Este valor se sumará a sus aportes.

COOMEB LTDA. cobrará un derecho de afiliación, que corresponde a dos días de salario mínimo legal vigente el cual no será reembolsable y lo puede cancelar al momento de la afiliación, con el primer descuento de nómina ó através de débito automático del Banco Bogotá.

<b>DERECHO DE AFILIACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Pago por caja <input type="checkbox"/> Descuento por nómina <input type="checkbox"/> Débito automático	<b>FINANCIACIÓN DE AFILIACIÓN</b> <input type="checkbox"/> Sin financiación <input type="checkbox"/> A 3 Meses <input type="checkbox"/> A 6 Meses	<b>APORTES</b> <input type="checkbox"/> Lo establecido (4%) <input type="checkbox"/> Aportes por un ( _____ %) <input type="checkbox"/> Aportes por \$ _____
---	--	---

## BENEFICIARIOS

Autorizo a COOMEB Ltda., que en caso de fallecimiento mis aportes consignados sean entregados a:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	Parentesco
Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono	

## PERSONAS A CARGO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO							
					M	F	Año	Mes	Día	HIJO / HIJA	HIJASTRO	PADRE / MADRE	ESPOSO / ESPOSA	HERMANO / HERMANA			
Escriba según corresponda: RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte																	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	

**OBSERVACIONES:**

1. El solicitante queda comprometido con esta Cooperativa al cumplimiento estricto de los estatutos y demás reglamentos vigentes, como también, los beneficios de todos los "bienes y servicios" que la misma presta a sus asociados.
2. En caso de retiro autorizo descontar los saldos adeudados a la cooperativa de los aportes que poseo como asociado en COOMEB LTDA y de mi liquidación y/o prestaciones sociales como empleado de \_\_\_\_\_
3. Todo saldo que no se cancele con lo relacionado en el ítem anterior, es mi responsabilidad consignarlo directamente a la cuenta corriente del Banco Bogotá No. 849 029 343.

Declaro que la información condensada en el presente formulario es real, autorizo a COOMEB LTDA. para realizar verificación de los mismos en el momento que lo estime conveniente.

\_\_\_\_\_  
C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**REFERIDO POR:**

### ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR COOMEB LTDA

APROBADO                       NEGADO

ACTA DE APROBACIÓN NÚMERO:

Fecha							
D	D	M	M	A	A	A	A

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN





## ANEXO

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

1369

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Por su cargo maneja recursos públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ejerce algún grado de poder público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Goza de reconocimiento público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Los recursos de sus inversiones provienen de ser una persona públicamente expuesta	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique el cargo si la respuesta de algunas de las preguntas anteriores es SI:
Tiene algún vínculo familiar con alguna persona que cumpla con las características anteriores		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

## ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

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"/>	Cuenta No. Moneda Banco País

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado en la presente solicitud de afiliación es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la circular externa 006 de 2014 de la Superintendencia de Economía Solidaria, la ley 1121 del 2006 y demás normas concordantes: 1) Los recursos que utilizaré en mis relaciones comerciales con la Cooperativa provienen del cumplimiento de mis actividades laborales y/o Comerciales. 2) Declaro que los recursos que le entregue a COOMEB en cualquier parte del territorio Colombiano no proviene de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que la 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.

## CERTIFICO QUE

1. La información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.
2. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por los productos o servicios que utilice.
3. Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

## CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Declaro que he sido informado(a) que la Cooperativa Multiactiva de Empleados de la UPB Seccional Bucaramanga - COOMEB LTDA. - convalidando su compromiso en el cumplimiento de las disposiciones legales, es responsable del tratamiento y protección de mis datos personales los cuales serán incluidos en la base de datos de la Cooperativa y utilizados para las siguientes finalidades: 1) Realizar el trámite de vinculación la Cooperativa. 2) Estudiar y atender las solicitudes de servicios en cualquier tiempo. 3) Ofrecer los productos y/o servicios de la Cooperativa adecuados a su actividad o necesidad. 4) Realizar el cobro de las obligaciones contraídas. 5) Remitir publicidad y publicaciones relacionadas con las actividades desarrolladas por la Cooperativa. 6) Contactar por cualquier medio de comunicación para la participación en capacitaciones y eventos promulgados por la entidad 7) Evaluar la calidad del producto y/o servicio ofrecido.

COOMEB Ltda, como entidad responsable del tratamiento de mis datos personales, ha puesto a mi disposición los siguientes mecanismos para informar o comunicarme: 1) línea de atención 6796220 ext. 164. 2) Dirección electrónica: [coomeb@upb.edu.co](mailto:coomeb@upb.edu.co). 3) Página web: [www.coombeb.com](http://www.coombeb.com) 4) Oficinas de la sede administrativa autopista Piedecuesta, Km 7 Universidad Pontificia Bolivariana, edificio D, oficina 002, con atención al público de Lunes a Viernes de 7:30 a.m. a 12:00 m. y de 2:00 p.m. a 6:00 p.m. Mis derechos como titular de los datos son los de conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a los responsables del tratamiento o encargados del tratamiento. Este derecho lo puedo ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan el error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado. Es voluntario responder preguntas sobre datos sensibles, aquellos que afecten la intimidad del titular o que su uso indebido genere discriminación, o sobre datos de menor de edad. COOMEB LTDA, garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Manual de Política y Procedimientos para la Protección de Datos. Cualquier cambio sera informado y publicado oportunamente.

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a COOMEB LTDA., para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales descritos. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

## FIRMA

Firmo como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, además declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.

Firma y C.C.

Huella

### INFORMACIÓN ENTREVISTA

Fecha de la entrevista	D	M	A	Hora
<b>Resultado</b>  ACCEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/>				
Observaciones				
Firma del funcionario que realizó la entrevista				
C.C.				

### VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de la verificación	D	M	A	Hora
Teléfonos marcados				
Nombre de quien contesta las llamadas				
Firma del funcionario que realizó la verificación				
C.C.				