

TIPO DE VINCULACIÓN	CIUDAD	OFICINA
Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>		

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
TIPO DE DOCUMENTO		No. DE DOCUMENTO	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	PAÍS DE NACIMIENTO
R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			DD MM AAAA		
FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD/ MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ESTADO CIVIL		SEXO
DD MM AAAA			Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					PAÍS
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	BARRIO O VEREDA		NACIONALIDAD
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	NIVEL EDUCATIVO	
				Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Pos-grado <input type="checkbox"/>	
Autorizo a Colombiacoop de: enviar correspondencia, información comercial, institucional, financiera, cobro administrativo o judicial a través de los siguientes medios:		ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/>		HORARIO PARA LLAMAR M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	
TIPO DE VIVIENDA	Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	ESTRATO	¿TIENE VEHÍCULO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. PERSONAS A CARGO _____	¿ES CABEZA DE FAMILIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL ARRENDATARIO (Diligenciar solamente en caso de que el tipo de vivienda sea arrendada)

NOMBRE DEL ARRENDATARIO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	BARRIO	TELÉFONO

OCUPACIÓN/ OFICIO O PROFESIÓN

PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	AMA DE CASA <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	RENTISTA DE CAPITAL <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PRIVADO <input type="checkbox"/>	EMPLEADO PÚBLICO <input type="checkbox"/>	¿OTRO? <input type="checkbox"/>	¿CUÁL? _____
CÓDIGO CIU	DESCRIPCIÓN CIU	ESPECIFIQUE LA ACTIVIDAD DE LA CUAL DERIVA MÁS DEL 50% DE SUS INGRESOS		ACTIVIDAD ECONÓMICA ACTUAL	TIENE PARTICIPACION EN LA EMPRESA DE LA CUAL GENERA SUS INGRESOS				
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE SU PARTICIÓN _____ %				
TIPO DE CONTRIBUYENTE	RÉGIMEN COMÚN <input type="checkbox"/>	RÉGIMEN SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>	¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿EL ASOCIADO ES PEP'S*** (Persona Expuesta Públicamente) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
ES UNA PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA** SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO** SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PEP'S*** SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							

** Persona Expuesta Públicamente (PEP): son aquellas personas que: i) están catalogadas como políticamente expuestas de acuerdo con el Decreto 830/2021 por ejemplo: los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos, y ii) todas aquellas personas que gozan u ostentan algún grado de reconocimiento público conforme a las políticas internas de la Entidad, por ejemplo: deportistas, actores, cantantes, etc.

INFORMACIÓN DE INDEPENDIENTES/ TRANSPORTADOR/ RENTISTA DE CAPITAL

FECHA DE CONSTITUCIÓN	DD MM AAAA	NÚMERO DE EMPLEADOS	AÑOS DE EXPERIENCIA: _____ AÑOS
-----------------------	----------------	---------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (Aplica únicamente para empleados privados-públicos)

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO/ OCUPACIÓN	TELÉFONO - EXT	CIUDAD DE LA EMPRESA
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		DEPARTAMENTO /CIUDAD DE LA EMPRESA	SECTOR ECONÓMICO DE LA EMPRESA	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>
			COMERCIAL <input type="checkbox"/> AGROINDUSTRIA <input type="checkbox"/> AGROINDUSTRIA <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____	
FECHA DE INGRESO	DD MM AAAA	TIPO DE CONTRATO	Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/> Labor Contratada <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? _____	

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

INFORMACION AÑO VIGENTE:

TOTAL ACTIVOS:	INGRESOS MENSUALES:
TOTAL PASIVOS:	OTROS INGRESOS:
TOTAL PATRIMONIO:	EGRESOS MENSUALES:

CONCEPTO OTROS INGRESOS:

3. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>			
	PAGO DE SERVICIO <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> OTRA: _____			
¿POSEE CUENTAS EN EL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI TIENE CUENTAS EN EL EXTERIOR DILIGENCIAR LOS SIGUIENTES DATOS:			
NÚMERO CUENTA	BANCO	MONEDA	PAÍS	CIUDAD

4. BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PARENTESCO	TELÉFONOS	% PARTICIPACIÓN

5. REFERENCIAS

TIPOS DE REFERENCIAS	NOMBRE Y APELLIDOS (Entidad en caso de ser una ref. bancaria)	PARENTESCO Ó CUENTA	TELÉFONO	DIRECCIÓN
PERSONAL <input type="checkbox"/> BANCARIA <input type="checkbox"/>				
FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>				
PERSONAL <input type="checkbox"/> BANCARIA <input type="checkbox"/>				
FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>				
PERSONAL <input type="checkbox"/> BANCARIA <input type="checkbox"/>				
FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>				

6. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a **COLOMBIACOOP** o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo _____ identificado(a) con el documento de identidad No. _____, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la Cooperativa **COLOMBIACOOP**, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en las Circulares Externas 20 del 2020, 32 del 2021 y 38 del 2022 expedidas por la Superintendencia de la Economía Solidaria o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, Estatuto Anticorrupción (Ley 90 de 1995), el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) y demás normas legales concordantes. Declaro que mis recursos provienen de las siguientes actividades _____. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. No admitiré que terceros efectúen operaciones a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a cancelar los productos que tenga en **COLOMBIACOOP** en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento. Eximo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento. Me obligo con **COLOMBIACOOP** a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos **COLOMBIACOOP** o cuando la cooperativa así lo estime.

8. AVISO DE PRIVACIDAD PARA TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar los datos aquí solicitados, autorizo a **COLOMBIACOOP**, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación contractual con la entidad y alineado con sus políticas de seguridad de la información.

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por **COLOMBIACOOP**, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales, iv) presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones a la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio <http://www.colombiacoop.com/>

9. AUTORIZACIONES ESPECIALES

- Autorizo al señor pagador de mi nómina, para que descuente de mis salarios y/o prestaciones sociales, los valores correspondientes a aportes, contribuciones y/o en general todos los que estuvieran a mi cargo y a favor de **COLOMBIACOOP**.
- Autorizo en forma expresa a **COLOMBIACOOP**, para descontar total o parcialmente de mis aportes sociales o de mis valores que deseo a cualquier titular de la cooperativa, los dineros que sean necesarios para cancelar las obligaciones que contraigan con la entidad en forma directa o indirecta, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 49 de la Ley 79/88 y los Estatutos de **COLOMBIACOOP**.
- Declaro bajo juramento que es mi voluntad que en caso de fallecimiento, mis aportes y demás beneficios a que tenga derecho como asociado de **COLOMBIACOOP**, sean aplicados en primer instancia a cancelar las deudas pendientes adquiridas con la Cooperativa y como segunda instancia sean entregados a mis beneficiarios definidos anteriormente en esta Vinculación.
- Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nómina conforme a la autorización aquí otorgada de mis obligaciones, me obligo a realizar los pagos mensualmente o en la periodicidad acordada con **COLOMBIACOOP** en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta de ahorros No 106349178 del banco de Bogotá, en formato de consignación Sistema Nacional de Recaudo.
- Declaro que me obligo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como las que a futuro dicten los organismos de Administración.

El valor del aporte social será \$ _____ o porcentaje de % _____

10. AUTORIZACIONES DE RECAUDO

En mi calidad de titular de la cuenta otorgo a la entidad financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones débito enviadas por **COLOMBIACOOP**, debitando de mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información contenida y según el reglamento.

Clase de cuenta autorizada: Cuenta Unipersonal Cuenta Conjunta Fecha del débito DD | MM | AAAA Monto \$ _____

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES				
TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN	CIUDAD	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	DIRECCIÓN RESIDENCIAL
R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>						

11. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA

ENTIDAD FINANCIERA	SUCURSAL	TIPO DE CUENTA	No. CUENTA
		Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____	

12. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1	Formato de vinculación debidamente diligenciado	
2	Fotocopia del documento de Identificación	
3	RUT	
4	Declaración de renta del último periodo gravable	
	Constancia de Ingresos	
5	Empleados: certificación laboral o desprendibles de nómina.	
6	Independientes: certificado de ingresos y retenciones del año inmediatamente anterior	

Nota: En caso de que el Asociado sea menor de edad anexar formato de menores de edad con apoderado.

13. CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

FIRMA

NOMBRE
C.C.

Huella índice derecho

14. ESPACIO PARA USO DE COLOMBIACOOP

ÁREA RESPONSABLE

OBSERVACIONES

ÓRGANO QUE APRUEBA	FECHA DE ENTREVISTA	FECHA Y HORA DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN
GERENCIA <input type="checkbox"/> CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/>	DD MM AAAA	DD MM AAAA HORA
ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN		
FECHA DE APROBACIÓN		
CIUDAD		
APRUEBA		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
APLAZADA		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
RECHAZADA		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

FIRMA	FIRMA
Nombre _____	Nombre _____
Nota: Firma exclusiva para el empleado que realizó la entrevista	Nota: Firma exclusiva para el empleado que verifica la información