

				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 Coomb		Externo		DD		MM		AAAA			
ASOCIACIÓN - APORTES																							
Recuerde: para afiliarse a COOMB 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. COOMB 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	
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 COOMEB		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 Basico		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/o 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 o Representante Legal Menor de Edad	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						