



Referido		Nombre de quien refiere		
Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato: Bogotá		Tipo de Solicitud: Nuevo Asociado ☐ Actualización de datos ☐		
INFORMACION GENERAL				
Apellidos y Nombres:				
C.C. ☐ C.E. ☐ No.		Lugar de expedición:		
Estado Civil:		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐		
Lugar de nacimiento:		Departamento:		
Cabeza de hogar: Si ☐ No ☐		Estrato:	No. de personas a cargo: _____ Adultos _____ Niños _____	
Nivel Educativo:		Vivienda: Propia ☐ Familiar ☐ Arriendo ☒		
Oficio o profesión:		Actividad económica:		
Dirección de residencia:		Barrio:	Municipio:	
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	E-mail:	
Ocupación: Empleado ☐ Pensionado ☐ Independiente ☐		Nombre de la Empresa		
Tipo de Contrato: Término Fijo ☐ Indefinido ☐ Contratista ☐ Obra o Labor ☐		Cargo:	Email institucional	
Dirección laboral		Barrio:	Ciudad:	
Salario / Ingresos mensuales		Corriente ☐ Ahorro ☐	No. de cuenta:	
EPS		Fondo de Pensiones		
Vr cuota de afiliación: \$		Vr cuota de aporte mensual: \$		
Clase de afiliado: Empleado ☐ Pensionado ☐ Externo ☐ Empresa ☐				
Mencione el nombre de la organización o Fondo de Pensión si marco la opción pensionado :				
REFERENCIAS PERSONALES (2) Y FAMILIAR (1) (no pueden convivir con el asociado)				
NOMBRE COMPLETO		PARENTESCO		
INFORMACIÓN FINANCIERA				
Valor Ingresos mensuales:		Otros ingresos:		
Valor Egresos mensuales:		Otros Egresos:		
Valor Activos:		Valor Pasivos:		
OPERACIONES INTERNACIONALES				
Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐ Cual?				
Poseee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera ? Si ☐ No ☐ caso afirmativo indique :				
Tipo de producto	No. del Producto	Entidad	Monto	Mone
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES				
Autorización descuento nomina: Teniendo en cuenta lo mencionado en los artículos 59,150 y 154 del Código Sustantivo de Trabajo, autorizo de manera expresa el descuento por nomina de las cuotas por concepto de aporte social (1 DSMLV por año de operacion), otros aportes y amortización de los créditos, servicios adquiridos y cuotas ordinarias aquí mencionadas y los aumentos anuales a que haya lugar, así como las cuotas extraordinarias que fije la Asamblea de Asociados. Igualmente autorizo a mi empleador para descontar de los salarios, prestaciones e indemnización a que tengo derecho y/o fondo de cesantías en donde las tengo consignadas, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de estas sea descontado y pagado directamente el saldo insoluto que le adeude a la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA - COOPCONEX. Autorización consulta centrales de riesgo: actuando libre y voluntariamente en mi calida de titular de informacion, autorizado de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA-COOPCONEX o a quien represente sus derechos: 1. A consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la central de información - CIFI- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionada bases de datos de donde se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.				
Autorización Política Tratamiento de Datos Personales Ley 1581 de 2012: autorizo a la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA-COOPCONEX: 1. Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, la empresa con la cual tengo el vínculo de trabajo, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA-COOPCONEX con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. 2. Para que utilice fotografías en donde yo aparezca como publicidad y presentaciones y el aplicativo de la cooperativa. 3. A que me envíen mensajes de texto y correos electrónicos recordando mis obligaciones o promocionando los servicios que presta la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA-COOPCONEX. 4. Grabar y conservar en cintas magnéticas, registros digitales o en cualquier otro medio que considere idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA y/o las entidades externas que la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA autorice, la información obtenida y recopilada estara sujeta a la reserva en la forma prevista por ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por las entidades así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro proposito comercial. 5. En caso de entregar información de menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de COOPCONEX y que esta información pueda ser autorizada para las diferentes autoridades y servicios que ofrece la Cooperativa. Autorización de destrucción de documentos: la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA estara libremente facultada para aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento.basada en los Artículos 12 y 13 de los estatutos de la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA En caso de que la presente solicitud sea negada autorizada irrevocablemente a que todos los documentos que entregamos para el estudio no nos sean devueltos y sean destruidos después de quince (15) días calendario de la decisión del rechazo				

PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA					
Maneja o ha manejado recursos públicos? Si ☐ No ☐		Ejerce o ha ejercido algún grado de poder publico? Si ☐ No ☐			
Goza o ha gozado de reconocimiento publico? Si ☒ ☐		En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuanto:			
Existe un vinculo entre usted y una persona públicamente expuesta Si ☒ No ☐ ☐ Indique en caso de respuesta afirmativa (nombres completos e identificación)					
SON BENEFICIARIOS DE MIS HABERES EN LA COOPERATIVA					
Nombres y Apellidos	No. de Cedula	Parentesco	%	Teléfono	Dirección
Informo en caso de fallecer siendo asociado de COOPCONEX, los saldos a mi favor sean entregados a las personas anteriormente mencionadas, que en caso de ser menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de COOPCONEX. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer el derecho de asenso, correccion, suprecion, revocacion o reclamo por la infraccion de estos datos, mediante escrito dirigido a la COOPERATIVA CONEXION HUMANITARIA-COOPCONEX.					
REGISTRO GRUPO FAMILIAR (PADRES CONYUGUE E HIJOS)					
NOMBRES Y APELLIDOS	NO. CEDULA	PARENTESCO	EDAD	DIRECCION	TELEFONO
DOCUMENTOS ANEXOS					
Fotocopia del documento de identificacion ampliada al 150% con firma y huella				S ☐	No ☐
Empleados: Certificado laboral y los últimos desprendibles de nómina				S ☐	No ☐
Independientes: Certificado ante contador publico con copia de la tarjeta profesional y copia de cedula de ciudadanía				S ☐	No ☐
Pensionados: Copia de los dos últimos desprendibles de pago y resolución de la pensión				S ☐	No ☐
Independientes: Últimos extractos bancarios				S ☐	No ☐
Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo					
Firma					
RESPONSABLE ENTREVISTA			RESPONSABLE GRABACION EN SISTEMA		
Nombre :			Nombre :		
Fecha			Fecha		
VERIFICACION (para uso exclusivo de la COOPERATIVA COOPCONEX oficial de cumplimiento)					
Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculadas.					
Fecha y hora		Nombre y firma de la persona que realizo la verificacion y consultas			
Observaciones:					

