



FORMULARIO DE VINCULACION Y CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

FTO- GCC-001 Conocimiento del Asociado
Octubre de 2021
Versión: 03

Tipo de Solicitud		Ciudad	Oficina	Fecha Registro		
Vinculación <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>			DD	MM	AAAA

Yo, _____
Con C.C. No. _____ De _____
Autorizo al pagador de la nómina de: (nombre entidad nominadora) _____
Para que descuente de mi nómina a partir del mes de _____, del año _____ en adelante, con destino a COOPTRANSPORTAR el valor de _____ (\$ _____) de mi asignación básica mensual como aporte a capital reembolsable. (Rango para calcular el valor del aporte mensual entre el 4% y el 10% de salario básico del asociado).

Nombres y Apellidos	Huella Índice Derecho:	Firma y Numero de C.C.
---------------------	------------------------	------------------------

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

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

2. DATOS LABORALES

Dirección Laboral				Departamento/Municipio				Cargo				
Jefe Inmediato				Dependencia				Salario Básico		No. Teléfono		
Ocupación, oficio o profesión:				Tipo de contrato				Fecha de Ingreso				
Carrera Administrativa <input type="checkbox"/>				Periodo de Prueba <input type="checkbox"/>		Provisionalidad <input type="checkbox"/>		Contratista <input type="checkbox"/>		DD	MM	AAAA

2.1. 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:							
Periodo Inicial de vinculación al cargo		AA	MM	DD	Periodo Final de desvinculación al cargo		AA	MM	DD	Ciudad donde desempeña el cargo		Registre el nombre de la institución donde se desempeña como PEP:	

2.2. REGISTRE INFORMACION DE LOS FAMILIARES PEP cuando aplique

Tiene familiares PEP: 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 (Primer grado: Padres, suegros, hijos, yerno y / o nuera; Segundo grado: Abuelos, hermanos, cuñados y nietos)									
Nombres y Apellidos			Tipo de Parentesco				Tipo documento		Es Asociado?		
							C.C.		SI ___ NO ___		
							C.C.		SI ___ NO ___		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales	\$	Egresos mensuales	\$				
Otros Ingresos Mensuales	\$	Otros Egresos Mensuales	\$				
Total Ingresos	\$	Total Egresos	\$				
Total Activos \$		Total Pasivos \$		Total Patrimonio:\$			
Descripción del campo otros ingresos mensuales:							
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes	Año	Es declarante de Renta?		SI	NO

4. INFORMACIÓN DEL CONYUGUE

Nombres y apellidos :		Nombre de la empresa donde labora:		Dirección de la empresa:		Ciudad:	
Ocupación:				Teléfonos de Contacto:			

5. 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 ?
Cuenta corriente en moneda extranjera:		No. de Cuenta:		Banco		Tipo de Moneda	
Ciudad:		País		Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera.			

6. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono
Familiar	Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfono
			Parentesco

7. AUTORIZACIONES ESPECIALES, COMPROMISOS Y DECLARACIONES

1) Autorizo a COOPTRANSPORTAR, 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 COOPTRANSPORTAR de los que soy titular, c) Ser informado sobre los cambios reglamentarios y citaciones a los eventos que se organicen por COOPTRANSPORTAR 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 COOPTRANSPORTAR 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 COOPTRANSPORTAR, 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 COOPTRANSPORTAR 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 COOPTRANSPORTAR, para generar las acciones correctivas necesarias. 4) Autorizo a COOPTRANSPORTAR 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 del fondo. 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 COOPTRANSPORTAR 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 COOPTRANSPORTAR ofrece para el efecto. 6) Autorizo a COOPTRANSPORTAR para que en caso de mi fallecimiento haga entrega de los valores que resulten a mi favor y demás beneficios que otorgue la cooperativa a los beneficiarios estipulados en el punto 8 de este formulario, y en los porcentajes en el estipulados. 7) 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.cooptransportar.com.

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 COOPTRANSPORTAR provienen del cumplimiento de mis actividades laborales, mesada pensional y/o comerciales. 2) Declaro que los recursos que le entregue a COOPTRANSPORTAR 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.

8. INFORMACION FAMILIAR Y BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	PORCENTAJE
		D	M	A		
		D	M	A		
		D	M	A		
		D	M	A		
		D	M	A		
		D	M	A		

9. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	EMPLEADOS DTB	EMPLEADOS EXTERNOS	PENSIONADOS	INDEPENDIENTES	PEPS
Formato de Vinculación y conocimiento Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía (mayores de 18 años) ampliada 150%	X	X	X	X	X
Certificado laboral no mayor a 30 días		X			X
Certificación de otros ingresos no operacionales	X	X	X	X	X
Último desprendible de pago mensual o dos últimos si el pago es quincenal	X	X	X		X
Certificado de Existencia, Rut, Extracto Bancarios				X	X
Carta de presentación de asociado a familiar		X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene	X	X	X	X	X

10. 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:		Huella Índice Derecho
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Firma</p>		<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ciudad y Fecha</p>

11. PARA USO EXCLUSIVO DE COOPTRANSPORTAR

Fecha de realización de la entrevista	AA	MM	DD	Nombre y Firma de la persona que realizó la entrevista:
Observaciones:				

12. VERIFICACIÓN

Fecha Verificación	AA	MM	DD	Hora	a.m.	p.m.	Nombre de la persona que atendió:
Teléfono:		Parentesco:		Confirmación de la dirección		SI	NO
No. Acta Consejo de Administración	Fecha Acta:		AA	MM	DD	Aprobado	Rechazado
Nombre y firma de la persona responsable de verificar la información:							