



FORMATO DE VINCULACIÓN ASOCIADO

No. _____

FECHA				CIUDAD	VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
-------	--	--	--	--------	--------------------------------------	--

INFORMACIÓN PERSONAS NATURALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. _____	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO
GENERO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NIVEL DE ESCOLARIDAD PRIMARIA <input type="checkbox"/> SEGUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	MADRE CABEZA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE HIJOS	PERSONAS A CARGO
DIRECCIÓN DOMICILIO		BARRIO	HOBBY:
TELÉFONO FIJO		CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL
NOMBRE Y APELLIDOS DE CÓNYUGE			
FECHA DE NACIMIENTO		PROFESIÓN	
LABORA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EMPRESA DONDE LABORA		
TELÉFONO Y CELULAR		HOBBY	

INFORMACIÓN DE HIJOS

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	ESTUDIOS	HOBBY
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

DIVISIÓN Y SECCIONAL DONDE LABORA	CARGO	CORREO INSTITUCIONAL	
DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONO	INGRESO MENSUAL	EGRESO MENSUAL

OTROS DATOS

TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>	POR SU ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POR SU ACTIVIDAD GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	--

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE OPERACION IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> GIRO <input type="checkbox"/> INVERSIÓN <input type="checkbox"/> OTRO CUAL? _____
---	--

ESPACIO RESERVADO PARA LA PAGADURIA

CUPO: 5% SB	V.B. PAGADURÍA:
-------------	-----------------

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorización Tratamiento de Datos Personales

COOEDIAN, ostentará la calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales y por ende, es quien decidirá sobre el tratamiento que se le dé a sus datos personales. En este sentido autorizo a COOEDIAN o sus aliados estratégicos para que realicen el tratamiento de los datos personales recolectados mediante el presente documento, con las siguientes finalidades: a) Generar el estudio, verificación y aprobación de la vinculación del asociado b) Informar sobre campañas de servicio c) Comunicar campañas promocionales d) Realizar encuestas y recordatorio, e) Ejecutar campañas de fidelización para sus asociados, f) Enviar invitaciones para eventos, rifas, integraciones y cualquier otra actividad que realice la cooperativa para fomentar un ambiente amable con sus asociados, g) Realizar actualización de datos; y en general, dar tratamiento a la información otorgada mediante el presente documento atendiendo a lo dispuesto en la Política de Tratamiento de datos.

Es por ello, que lo invitamos a que conozca la Política de Protección de Datos Personales en la cual se establecen los lineamientos guías de COOEDIAN para el tratamiento a los datos personales aportados por usted, dicha política se encuentra disponible para su consulta en el sitio web www.cooedian.com

Con la suscripción de este documento, manifiesto mi consentimiento para el tratamiento de datos personales y mi aprobación frente a la totalidad de su contenido, incluyendo la veracidad y calidad de la información, reconociendo que la temporalidad del tratamiento atenderá a la duración de la relación contractual y el almacenamiento contable que exige la Legislación en Colombia, asimismo, bajo la gravedad de juramento manifiesto que informe a mis referencias laborales, personales o comerciales, que podían ser contactados para verificar la información aquí consignada, así como a ubicarme cuando no sea posible localizarme o contactarme.

Firma

Nombres y apellidos
C.C.

Huella

Declaración Origen de Fondos

Declaro que el origen de los bienes y/o fondos para la apertura, certificados de los aportes provienen del giro ordinario de actividades lícitas, y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi cuenta con dineros provenientes de actividades ilícitas, contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique y lo adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a COOEDIAN a tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario y la eximo de toda responsabilidad que se derive de ello.

Declaración de Suministro de Información

Declaro y acepto que la información suministrada es veraz, que todo proceso de vinculación queda sujeto a validación y que esas autorizaciones las imparto desde el instante que tramite a la cooperativa esta solicitud. Me comprometo con Cooedian a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario por lo cual me comprometo A REPORTAR POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO LOS CAMBIOS que se hayan generado a la información aquí contenida.

Solicitud de Asociación

Por medio de este documento solicito ser aceptado como asociado de la Cooperativa Multiactiva de empleados de la Dian "cooedian". Me comprometo a dar cumplimiento a los Estatutos y Reglamentos de la Institución. Manifiesto expresamente que a partir de la firma de este formato la cooperativa efectúe en mi cuenta los traslados que estime convenientes para la cancelación de obligaciones previa mente contraídas por mí y a favor de la cooperativa. En caso de fallecimiento autorizo a la Cooperativa Multiactiva de empleados de la Dian "cooedian" para que haga entrega de mis aportes sociales a: _____

_____ con quien tengo el siguiente parentesco

Si por mandato de la ley el valor de mis aportes tiene que hacer parte de la sucesión de la familia, la Cooperativa debe proceder de conformidad.

La información suministrada en este documento está sujeta a verificación. Cualquier inconsistencia o restricción legal, dará lugar a que Cooedian se reserve el derecho de vinculación.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones y en constancia de lo anterior firmo:

Firma del Asociado

Nombres y apellidos
C.C.

Huella

ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	FECHA	FECHA DE APROBACIÓN	ACTA	Certifico que realice la anterior verificación de la información y documentos soporte suministrados por el solicitante
<input type="checkbox"/> Revisión de solicitud y documentos soporte <input type="checkbox"/> Confirmación de datos de la solicitud				NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN
<input type="checkbox"/> Certificación Consulta Listas Restrictivas - SIPLAFT				CARGO
				FIRMA

OBSERVACIONES:
