

**FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADO O
ACTUALIZACIÓN DE DATOS**

GS FR 02
VERSIÓN: 07
FECHA: 28 OCTUBRE 2019

Ciudad _____

Fecha: DD / MM / AA _____

INFORMACIÓN PERSONAL	Primer apellido		Segundo apellido		Nombres			
	Tipo de documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT		N° de documento		Lugar de expedición			
	Fecha de expedición DD / MM / AA		F. de Nacimiento DD / MM / AA		Ciudad de Nacimiento			
	Nacionalidad		Genero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado civil		Nivel académico	Profesión	
	Ciudad de residencia		Dirección de residencia		Tipo de vivienda	Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Arriendo <input type="checkbox"/>
	Barrio		Estrato	Teléfono residencia		T. Móvil.		
	E- mail personal			Envío de correspondencia		Residencia <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>	Correo <input type="checkbox"/>

OTRA INFORMACIÓN	Ocupación Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				Actividad económica CIU	
	Detalle de la actividad económica					
	Hijos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Personas a Cargo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Jornada laboral		

INFORMACIÓN LABORAL	Nombre de la empresa		Tipo de empresa		Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Otra: _____
	Dirección		Ciudad		Teléfono fijo		Ext.	
	Tipo de contrato		Fecha de inicio DD / MM / AA		Fecha de terminación DD / MM / AA		Cargo	
	Salario u honorarios			E- Mail corporativo				

INFORMACIÓN FINANCIERA	Ingresos mensuales		Egresos mensuales		Activos	
	Pasivos		Otros Ingresos		Concepto otros ingresos	
	Corte mes y año de la información suministrada MM / AA		¿Es declarante de renta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	Información de la cuenta en moneda extranjera					
	Banco _____		Numero de cuenta _____		Moneda _____	
	Vehículos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Propiedad Raíz <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
	¿Maneja recursos públicos o tiene el poder de disposición sobre estos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público o desempeña una función públicamente prominente o destacada en el estado relacionada con algunos de los cargos descritos en el decreto 1074? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	¿Por su actividad o negocio, tiene o goza usted reconocimiento público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	¿Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente (PEP'S)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa por favor explique:					
¿Tiene familiares hasta segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?						
Nombre completo		Cargo PEP		Parentesco		
Nombre completo		Cargo PEP		Parentesco		
Nombre completo		Cargo PEP		Parentesco		

DATOS DEL CONYUGE	Primer apellido		Segundo apellido		Nombres		
	Tipo de documento <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT		N° de documento		Lugar de expedición		F. de Nacimiento DD / MM / AA
	Nivel académico		Profesión		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ciudad de residencia	
	Dirección de residencia			Teléfono de contacto		T. Móvil	

REFERENCIAS	Referencia familiar que no conviva con usted					
	Nombres		T. Móvil	Dirección		Ciudad
	Referencia personal que no conviva con usted					
	Nombres		T. Móvil	Dirección		Ciudad

CUOTA MENSUAL DE APORTES

Me comprometo a realizar aportes mensuales por el _____ % de mis ingresos, equivalente a \$ _____ Tipo de descuento _____

BENEFICIARIOS DE LOS APORTES SOCIALES	T ID	TI	CC	CE	N° de documento	Nombres y apellidos	Parentesco	%
	T ID	TI	CC	CE	N° de documento	Nombres y apellidos	Parentesco	%
	T ID	TI	CC	CE	N° de documento	Nombres y apellidos	Parentesco	%
	T ID	TI	CC	CE	N° de documento	Nombres y apellidos	Parentesco	%

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y DE INFORMACION

En cumplimiento a lo establecido en las circulares externas 04 de 2017 y 14 de 2018 emitidas por la Superintendencia de Economía Solidaria, en la cual se establece el SARLAFT entidades del sector Cooperativo, con la firma en el presente formato, usted acepta la siguiente declaración:
Yo _____ identificado con _____ No. _____, soy persona plenamente capaz en uso de mis facultades me permito hacer la presente declaración de origen y procedencia de fondos a COPECAN con NIT: 800.196.596-0

- Todos los recursos depositados, entregados o transferidos que se deriven de la relación como asociado con COPECAN, proceden o han sido obtenidos de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio) detallado en el presente formato.
- Declaro que estos recursos, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano, ni actúo en nombre de terceros, ni permitiré que personas en mi nombre o el de terceros vinculen o efectúen actividades relacionadas con el delito de lavado de activos o la financiación del terrorismo.
- Declaro que soy el titular y propietario real del dinero con los cuales realizaré todas las transacciones con el fondo de empleados de COPECAN.
- Eximo a COPECAN de toda responsabilidad que se derive de mi comportamiento o el que se ocasione por la información, inexacta, incompleta, falsa o errónea suministrados en el presente formato y en todos los documentos que respalden o soporten mis afirmaciones.

AUTORIZACION DE DESCUENTOS

De ser aceptada mi solicitud, autorizo a la empresa en la que laboro para que descuente de mi sueldo mensual o quincenal la suma correspondiente, con destino a mis cuotas de aportes, créditos, y demás obligaciones que se deriven del presente vinculo según sea mi calidad de asociado, así como las cuotas extraordinarias que puedan decretarse.

En el evento de no efectuarse el descuento por nómina, estoy obligado a realizar los pagos mensualmente de dichas cuotas mediante consignación en la cuenta que se indique. Para los efectos anteriores declaro que me obligo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como los que en el futuro dicten los organismos competentes de COPECAN.

Igualmente, me comprometo a pagar todas las cuotas acordadas de todos los préstamos otorgados y de los servicios prestados por Copecan, según el plan de amortización expedido por la Cooperativa, hasta la cancelación del mismo. En caso de estar vinculado laboralmente a alguna empresa, autorizo a la empresa, para deducir de mis prestaciones sociales legales, extralegales, indemnizaciones y subvenciones económicas a que tenga derecho, de acuerdo con el artículo 157 del código laboral colombiano, el total de los saldos de todas las obligaciones pendientes con la Cooperativa.

AUTORIZACION DE CONSULTA Y REMISION DE INFORMACION


El asociado con su firma autoriza expresa e irrevocablemente a COPECAN, a sus entidades vinculadas, a las compañías de seguros que participen en el desarrollo del vinculo como asociado, y a quienes representen los derechos de cualquiera de ellas o sean cesionarios de los derechos derivados con el presente vinculo en adelante ("Entidades Autorizadas") para que con fines, estadísticos, de procesamiento de datos, administración de riesgos, comerciales y de información entre compañías, y entre estas y las autoridades competentes, a: a) consultar en cualquier tiempo en los bancos de datos toda la información relevante para conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederle un crédito o cualquier otro servicio financiero, así como para verificar el cumplimiento de sus deberes según lo reporten las autoridades públicas competentes; b) Reportar en los bancos de vigilancia y control, datos tratados o sin tratar, referidos a: (i) cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias o deberes de contenido patrimonial; de datos, directamente o por intermedio de las autoridades; (ii) sus solicitudes de crédito, así como otros datos atinentes a sus relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos; c) Conservar y transmitir a los bancos de datos, la información indicada en el literal b) con sus debidas actualizaciones; d) Destruir los documentos entregados en caso de que la solicitud sea negada o en caso de que sea aprobada y no aceptada; e) enviar información a través de mensajes electrónicos, escritos y/o SMS relacionados con los productos adquiridos y/o información promocional, y; f) Grabar llamadas telefónicas, guardar las comunicaciones y, en general, dejar constancia de los mensajes que se intercambien en el desarrollo de su vinculo como asociado.

El asociado podrá ejercer su derecho a corroborar la información suministrada y exigir su rectificación, en caso de que la misma no cumpla con las características antes anotadas, al correo info@copecan.com. Las entidades autorizadas no podrán divulgar la información para fines diferentes a los establecidos en el inciso anterior y estarán exentas de toda responsabilidad por las consecuencias que puedan derivarse de un registro o reporte cierto, verás y actualizado.

ACEPTACION DE TERMINOS

En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximo a COOPERATIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA "COPECAN NIT 800.196.596-0, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento y la violación del mismo. En constancia de haber leído, entendido, aceptado y declarado todo lo anterior se firma el presente documento.

Por lo tanto me comprometo aceptar y cumplir todas las disposiciones estatutarias y reglamentarias contempladas en COOPERATIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA "COPECAN". Firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Firma: 

Numero de CC: _____ Huella del índice derecho

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COPECAN

ENTREVISTA

Nombre de la persona que realiza la entrevista: _____ Observaciones: _____

Firma: _____

Fecha entrevista DD / MM / AA Resultado satisfactorio SI NO

VERIFICACION OFICIAL

Nombres y apellidos _____ Fecha de verificación DD / MM / AA Resultado satisfactorio SI NO

Observaciones _____ Firma: _____

APROBACION

Esta solicitud la estudio el Consejo de Administración el día ____ de _____ del 20 __, según acta N° ____ . Aprobado SI NO

Firma del Secretario del Consejo de Administración

Firma del Presidente del Consejo de Administración