

## FORMULARIO DE CONOCIMIENTO VINCULACION Y/O ACTUALIZACION DE ASOCIADOS

**FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO SIN TACHONES NI ENMENDADURA  
NOS REVERSAMOS EL DERECHO DE ADMISIÓN**

Fecha de Diligenciamiento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ **FORM-COG01-2021**

**Tipo de Novedad:** Vinculación  Actualización  **Tipo de Solicitante:** Asociado Dependiente  Independiente  Pensionado

### 1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE EXPEDICION: DD/MM/AAAA LUGAR DE EXPEDICION: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: DD/MM/AAAA LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_  
 GENERO: FEMENINO  MASCULINO  EPS: \_\_\_\_\_ FONDO PENSIONES: \_\_\_\_\_ FONDO DE CESANTIAS: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: SOLTERO  UNION LIBRE  CASADO(A)  SEPARADO(A)  VUIDO(A)  GRUPO ETNICO: AFROCOLOMBIANO  INDIGENA  RAIZAL  NINGUNO   
 NIVEL DE ESTUDIO: PRIMARIA  BACHILLER  TECNICO  TECNOLOGO  PROFESIONAL  NORMALISTA  LICENCIADO  ESPECIALISTA  DOCTORADO  MASTER   
 PROFESION: \_\_\_\_\_ DIRECCION RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
 BARRIO: \_\_\_\_\_ TIPO DE VIVIENDA: ARRENDADA  FAMILIAR  PROPIA  ZONA DE UBICACIÓN: RURAL  URBANO  ESTRATO: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ WhatsApp: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CIU (cod): \_\_\_\_\_  
 ACTIVIDAD ECONOMICA: \_\_\_\_\_ MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI  NO  PERSONAS A CARGO: \_\_\_\_\_ TIPO DE REGIMEN: SIMPLIFICADO  COMÚN   
 CUENTA BANCARIA: \_\_\_\_\_ BANCO: \_\_\_\_\_ TIPO DE CUENTA: AHORRO  CORRIENTE  ASISTIO A LA ASAMBLEA GENERAL: SI  NO   
 ¿Tiene un familiar vinculado como asociado a la Cooperativa?: SI  NO  ¿Quién? Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

**\*\*PEP's-** Persona Expuesta Política o Públicamente: Son las personas nacionales o extranjera que por razón de su cargo maneja recursos públicos, por ejemplo: políticos de alta jerarquía, funcionarios o militares de la jerarquía, tesoreros, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos o que gozan de reconocimiento público, hasta dos (2) a los siguientes a su renuncia, despido o cualquier otra forma de desvinculación se considera como PEP's.

¿Es usted una persona expuesta públicamente (PEP's)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta (PEP's)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique: _____

¿ES USTED SIJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES? SI  NO  Indique: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ TIPO DE EMPRESA o SECTOR ECONOMICO: PUBLICA  PRIVADA  MIXTA  OTRA CUAL? \_\_\_\_\_  
 DIRECCION OFICINA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
 TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_ SALARIO BASICO: \$ \_\_\_\_\_  
 CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_ TIPO DE CONTRATO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES (PESOS): \$ _____	ACTIVOS (BIENES): \$ _____
OTROS INGRESOS: \$ _____	PASIVOS (DEUDAS): \$ _____
EGRESOS: \$ _____	TOTAL PATRIMONIO: \$ _____

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS Y ORIGEN DE FONDOS: \_\_\_\_\_

ES DECLARANTE DE RENTA SI  NO

#### **En caso de ser marcar SI indique el tipo de operaciones en Moneda Extranjera**

¿REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
 ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_  
 ¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI  NO  ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	Nº CUENTA:	CIUDAD:	PAIS:	MONEDA:	MONTO:
-----------------------	------------	---------	-------	---------	--------



**4. DATOS DEL CONYUGUE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE**

PRIMER APELLIDO: \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
CELULAR: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_ SITIO DONDE LABORA: \_\_\_\_\_

**5. BENEFICIARIOS DE MIS APORTES**

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	PORCENTAJE %	PARENTESCO

**6. BENEFICIARIOS SEGURO FUNERARIO**

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

**7. BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA**

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	PORCENTAJE %	PARENTESCO

**CLAUSULA DE DECLARACION ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que obrando en mi propio nombre de manera voluntaria declaro que todo lo que aquí consignado es cierto y realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la Cooperativa de Educadores y Trabajadores del Guaviare "CODEG"; para dar cumplimiento a lo señalado por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las circulares emanadas de la superintendencia de la Economía Solidaria y demás exigencias de la ley, para la entrega de aportes y créditos. Los recursos que entregue a la Cooperativa de Educadores y Trabajadores del Guaviare "CODEG"; NO provienen de actividades ilícitas alguna, de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Así mismo los recursos que utilizare en cada una de las transacciones se destinara a



actividades lícitas. NO admitiré que terceros efectúen depósitos en las cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que la modifiquen o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

**CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN DE CONSULTORES Y REPORTES CENTRALES DE RIESGO**

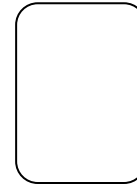
En mi(nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa de Educadores y Trabajadores del Guaviare "CODEG"; o a quien representa sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, y divulgar toda información que se refiera a mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicio, y de terceros países de la misma naturaleza, a cualquiera de las centrales de riesgo existente al momento del reporte o consulta. Esta autorización cubre todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervengan(mos) a la central de riesgo a que, en su calidad de operador, pongan mi (nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley siempre y cuando su objetivo sea similar al aquí establecido.

**CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN HABEAS DATA LEY 1266 DE 2008**

Los datos personales que le solicitamos tiene como finalidad; 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general de la información de estos 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presente y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos; 4. Y todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer sus necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. Le informamos que, de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente y en el decreto 1377 de 20136, los datos de carácter personal que se obtengan serán recogidos en una base de datos, la cual cuneta con medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, exprés, voluntaria, y debidamente informada, a CODEG a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar, y disponer, de mis datos personales que han sido suministrados para el desarrollo del objeto social de la entidad y para cumplir las finalidades mencionadas. Para ejercer sus derechos de actualización, radicación, y cancelación sobre sus datos personales, deberá registrar su totalidad en nuestro correo electrónico: [contacto@codeg.com.co](mailto:contacto@codeg.com.co). Duración de tratamiento de mis datos personales. Esta autorización permanecerá vigente, 1) hasta tanto mantenga mi relación asociativa con la Cooperativa CODEG. Siempre y cuando no tenga ninguna obligación vigente con la cooperativa CODEG, evento en el cual, la autorización estará activa hasta su pago total, 2) La cooperativa CODEG podrá tratar y conservar mis datos necesarios mientras se necesario para el cumplimiento de cualquier obligación con la cooperativa CODEG y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

**FIRMA Y HUELLA**

Certifico que la información que he suministrado en la solicitud o actualización es veraz y verificable habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, y me comprometo a actualizar anualmente o cada vez que así lo solicite la Cooperativa de Educadores y Trabajadores del Guaviare "CODEG", suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. En constancia firmo.



\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante y/o asociado C.C.

HUELLA

**DOCUMENTOS ANEXOS A LA SOLICITUD**

**PARA SOLICITANTE CON CONTRATO LABORAL EN ENTIDADES CON CONVENIO:**

- Fotocopia de la cedula y Rut
- Fotocopia dos últimos desprendibles de nómina
- Certificación laboral y/o copia del contrato
- Certificación Bancaria

**PARA SOLICITANTE CON CONTRATO OPS/INDEPENDIENTES**

- Fotocopia de la cedula y Rut
- Fotocopia de los dos últimos desprendibles de pago
- O certificado de ingresos por un contador
- Copia de los dos últimos contratos
- Certificación Bancaria

**PARA SOLICITANTE PENSIONADOS:**

- Fotocopia de cédula, Rut, Certificación Bancaria
- Dos (2) últimos desprendibles de pago de pensión
- Resolución de Pensión

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA**

**INFORMACION ENTREVISTA**

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Confirmación información: Personal  Telefónicamente

Nombre Empleado: \_\_\_\_\_

Firma Empleado \_\_\_\_\_

Vº Bº GERENCIA \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

- Antecedentes (procuraduría, contraloría, policía, medidas correctivas
- Consulta Efectiva

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre empleado: \_\_\_\_\_

Firma Oficial de Cumplimiento \_\_\_\_\_

Aprobado  Rechazado

REVISADO CONSEJO DE ADMINISTRACION: ACTA N° \_\_\_\_\_ FECHA DIA MES AÑO VºBº. \_\_\_\_\_

