

	FORMATO		
	SOLICITUD DE VINCULACION Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE		
	CODIGO	VERSION	PAGINA:
	LUGAR:	FECHA:	CODIGO TERCERO:

Oficina: Bogotá D.C

DATOS PERSONALES

Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
Tipo de documento: CC TI CE	Numero:	Lugar y fecha de expedición:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Departamento:
Municipio:	Edad:	Sexo: M F LGTB
Estado civil: Soltero Casado Unión Libre	Divorciado	Viudo
Número de personas a cargo:	Madre cabeza de hogar:	SI NO
Nivel de Educación: Primaria Secundaria Técnica Tecnólogo Profesional Postgrado Ninguno		
Profesión y Ocupación:		
Dirección de residencia:		
Sector: Rural Urbano Estrato:	Municipio:	Departamento
Celular:	Teléfono:	Correo electrónico:
Tipo de vivienda: Propia Arrendada Familiar:	Aportada por la empresa:	
Nombre arrendatario:	Teléfono:	
Ha realizado curso de cooperativismo: SI NO	Niveles:	

DATOS LABORALES

Actividad Económica: Empleado Independiente Pensionado Estudiante Hogar Otro	
EMPLEADO/PENSIONADO	INDEPENDIENTE
Empresa donde labora:	Formal: Informal:
Actividad económica de la empresa:	Nombre del Establecimiento:
Dirección del trabajo:	Dirección del trabajo:
Departamento:	Departamento:
Municipio:	Municipio:
Teléfono:	Actividad económica:
Tipo de contrato: Fijo Indefinido CPS Otro	CIU:
Cargo:	Ingresos mensuales:
Salario básico:	
Tiene otra actividad económica que le genere ingresos: SI NO CUAL:	Ingresos:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales:	Total activos:
Otros ingresos:	Total pasivos:
Egresos mensuales:	Declara renta: SI NO

DATOS Cónyuge / Compañero(a) Permanente

Nombres:	Apellidos:
Tipo de documento: CC TI CE Pas	Numero:
Fecha de nacimiento:	Lugar y fecha de expedición:
Teléfono:	Lugar de nacimiento:
Celular:	Correo electrónico:
Ocupación actual: Independiente Empleado:	Si es empleado favor diligenciar lo siguiente:
Dirección de la empresa:	Barrio:
Cargo que desempeña:	Ciudad:
	Tipo de contrato:
	Fecha de ingreso:

REFERENCIAS

REFERENCIA PERSONAL O COMERCIAL: Tipo de documento: CC TI CE PAS	Numero:
Nombre:	Apellidos:
Dirección de residencia:	Barrio:
Departamento:	Municipio:
Celular:	Parentesco:
REFERENCIA FAMILIAR: Tipo de documento: CC TI CE PAS	Numero:
Nombre:	Apellidos:
Dirección de residencia:	Barrio:
Departamento:	Municipio:
Celular:	Parentesco:

SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y AUTORIZACIÓN

1	Me permito solicitar sea autorizado mi ingreso como asociado a COPEN LTDA. Me comprometo a cumplir con los reglamentos y Estatutos.
2	Autorizo para que la cuota de admisión sea descontada del primer pago a los aportes sociales.
3	Declaro haber recibido los Estatutos de la cooperativa y el portafolio de servicios.
4	Certifico que toda la información suministrada es verídica y me comprometo a informar y actualizar en caso de cualquier cambio cada vez que se presente.
5	Acepto las condiciones establecidas en la Ley Cooperativa, que rigen el sistema de economía solidaria en Colombia y me comprometo a pagar las cuotas extras que sean aprobadas por la Asamblea General de Asociados.
6	Me comprometo a actualizar la información y documentación que fuera requerida por COPEN LTDA, al menos una vez por año o antes en caso de modificaciones o variaciones de la misma.
7	Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

AFILIACIÓN

Primera vez: Reingreso: Actualización: Tipo de pago: Personal: Descuento por nomina:	HUELLA
Mes de afiliación:	Valor del aporte Mensual:
Nombre de quien lo refirió:	
Documento de identificación:	Celular:
FIRMA:	
C.C:	

	FORMATO		
	SOLICITUD DE AFILIACION Y CONOCIMIENTO DEL CLIENTE		
	CODIGO	VERSION	PAGINA:

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS, PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS-PEP Y SARLAFT

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la COOPERATIVA DE PENSIONADOS RETIRADOS Y PERSONAL ACTIVO DE LA POLICIA NACIONAL LTDA COPEN, con el propósito que se pueda dar cumplimiento a la normatividad vigente para establecer cualquier tipo de vínculo o relación, y/o asociación a COOACRETUR.

PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS-PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?: SI ____ NO ____ ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?: SI ____ NO ____
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?: SI ____ NO ____
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?: SI ____ NO ____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?: SI ____ NO ____ Cuales _____
¿Posee cuentas en moneda extranjera?: SI ____ NO ____ Banco _____ Moneda _____ No cuenta _____ País _____
Ciudad _____

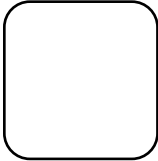
Declaro que los recursos financieros que entrego en aportes sociales ordinarios y/o extraordinarios utilizados para la prestación de servicios de la cooperativa provienen de _____. Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que la modifique o adicione.

No admitiré que terceros efectúen aportes con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a saldar las cuentas y aportes que tenga en la cooperativa en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a COPEN LTDA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado.

HUELLA

FIRMA: _____
C.C.: _____



AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA BASE DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera expresa a la **COOPERATIVA DE PENSIONADOS RETIRADOS Y PERSONAL ACTIVO DE LA POLICIA NACIONAL LTDA COPEN 860.016.697-3** para:

- 1. Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere competente.
- 2. Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y rectificar mi información de carácter financiero, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países con los propósitos establecidos en la ley de Habeas data, ante cualquier operados de información debidamente autorizado por la LEY y constituido según las normas vigentes.
- 3. Tratar (recolectar, almacenar, usar) mis datos con el propósito de garantizarme un adecuado servicio y funcionamiento de los productos y servicios adquiridos por **COPEN LTDA**, para actividades de mercadeo y para información en general de la relación contractual con **COPEN LTDA**.
- 4. Entregar, transmitir o transferir mi información a terceros para realizar labores necesarias para el adecuado servicio y funcionamiento de los productos adquiridos con **COPEN LTDA** y realizar labores propias de cobranza, mercadeo e información general, en todo caso **COPEN LTDA** garantiza los niveles adecuados de seguridad de dicha información.

Con base en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos y con el decreto 1377 de 2013, autorizo como titular de los datos personales, biométricos y en particular de mi imagen tomada en capacitaciones, integraciones, excursiones, asambleas informativas, cursos o cualquier otra actividad programada para que sean incorporadas en la base de datos responsabilidad de la **COOPERATIVA DE PENSIONADOS RETIRADOS Y PERSONAL ACTIVO DE LA POLICIA NACIONAL LTDA COPEN 860.016.697-3**, siendo tratados con la finalidad que se defina en cada caso concreto para mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual, así como el manejo interno que COPEN LTDA realizara a los datos de los asociados en los trámites relacionados con créditos publicaciones con la finalidad de ser ilustrativos en la página web, folletos, redes sociales y cualquier otro tipo de publicidad utilizada por la cooperativa para promocionar sus eventos y servicios, con base en la política de tratamiento, a la cual podre tener acceso por correo electrónico y pagina web, esta autorización la otorgo para que mis datos sean tratados ahora y/o en el futuro y mis datos personales que hubieran sido tratados por COPEN LTDA en el pasado.

En calidad de representante legal de los menores a mi cargo de los cuales reposan sus datos e imágenes en la cooperativa, autorizo para que sean incorporados en las bases de datos responsabilidad de COPEN LTDA, para que sean tratados con la finalidad propia de la razón social, en actividades como beneficiarios y que las imágenes sean ilustrativas en la página web, folletos, redes sociales y cualquier otro tipo de publicidad utilizada por la cooperativa para promocionar sus eventos y servicios.

De igual modo declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la **COOPERATIVA DE PENSIONADOS RETIRADOS Y PERSONAL ACTIVO DE LA POLICIA NACIONAL LTDA COPEN**", a la dirección de correo electrónico coopenponal@gmail.com indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar o mediante correo ordinario remitido a la calle 8 # 5-44 Barrio Centro de la ciudad de Pamplona.

Declaro que he sido informado del tratamiento de mis datos personales y se ajustara a la política de tratamiento de la información de COPEN LTDA, la cual conozco entiendo y sé que puedo consultar en: coopenponal@gmail.com

De acuerdo con el Art. 10 del Dec. 1377 de 2013, que desarrolla parcialmente la ley estatutaria 1581 de 2012 de protección de datos, le informamos que los datos que usted nos ha facilitado con anterioridad a la entrada en vigor de la referida norma están incorporados en una base de datos responsabilidad de COPEN LTDA siendo tratados de manera adecuada en actividades propias de nuestra razón social.

AUTORIZACIONES: Autorizo voluntariamente a COPEN LTDA para enviar mensajes de texto, relativos a mi relación con la cooperativa, al teléfono móvil reportado como de mi propiedad SI ____ NO ____
Autorizo voluntariamente a COPEN LTDA para enviar mensajes de correo electrónico, relativos a mi relación con la cooperativa, a la cuenta de correo electrónico reportada como de mi propiedad SI ____ NO ____

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA	
Observaciones:	
Fecha realización entrevista:	
Nombre y firma del funcionario que realizó la entrevista:	
Nombre y firma del funcionario responsable de verificación de información:	
Fecha de verificación de información:	