

FORMATO DE ASOCIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS

Ciudad _____ Fecha

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

 Vinculación Actualización

ASOCIADO Citibank Colombia Scotiabank Colpatría Colfondos Ex-empleado

INFORMACIÓN PERSONAL			
1er Nombre	2do Nombre	1er Apellido	2do Apellido
Tipo de Documento <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS	No. Identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición / Municipio DD/MM/YYYY
Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Ciudad / Municipio de Residencia	Urbano / Rural
Fecha de Nacimiento DD/MM/YYYY	Dirección de Residencia	Pertenece a un grupo étnico Si ___ No ___ ¿Cuál? _____	Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar
Teléfono Residencia	Celular	Email Personal	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Nivel Educativo <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/>	Profesión u Oficio	
Mujer/hombre cabeza de hogar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RH	Estrato social	Número de personas a cargo
INFORMACIÓN LABORAL			
Empresa donde trabaja	Ciudad/Municipio	Dirección Oficina	
Área	Cargo	Email Trabajo	
Teléfono Oficina	GEID/cod empleado	Celular Laboral	
Tipo de Contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro	Es usted <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exempleado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro	Administra Recursos Públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene Reconocimiento Público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quién: _____
Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el Decreto 1674/2015. Cuál: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tiene Familiares hasta el 2do grado de consanguinidad y afinidad que encaje en los escenarios descritos previamente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
INFORMACIÓN FINANCIERA			
Cuota Aportes	Ingresos mensuales actividad principal	Otros ingresos diferentes a la actividad principal	Egresos mensuales
Fuente de los otros Ingresos	Actividad Económica	Código CIU	
Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio	
Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	Banco	No.Cuenta	
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cuáles	Posee cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Banco: _____ Ciudad: _____ Moneda: _____ País: _____ No. Cuenta: _____
INFORMACIÓN FAMILIAR			
Nombre Cónyuge	No. Identificación	Celular	
Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál	Empresa	Teléfono Empresa	
INFORMACIÓN DE LOS HIJOS O PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL ASOCIADO			
¿Con quién vive?			
Doc. Identidad	Nombre y Apellido	Nivel de Estudio	Fecha de Nacimiento
Edad	Parentesco	Estado Civil	

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Realizo la siguiente Declaración de Origen de mis fondos a CBC Cooperativa con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular externa No 004 de 2017, expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) ley 90 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes.

Yo _____ identificado con la CC No. _____ expedida en la ciudad de _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de mis fondos a CBC Cooperativa con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa No. 004 de 2017 de la Superintendencia de Economía Solidaria "Instrucciones para la Prevención y el Control de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo"; Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993) y Ley 90 de 1995 " estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes:

1. Los recursos que manejo en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc.) _____
2. Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adiciones.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código penal Colombiano, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales de este documento, así como la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a CBC Cooperativa de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

AUTORIZACIONES

1. Autorizo a CITIBANK-COLOMBIA S.A, SCOTIABANK COLPATRIA S.A, COLFONDOS y/o sus filiales y subsidiarias para que descuente de mi salario, incapacidades, auxilios extralegales, vacaciones, primas legales y extralegales, cesantías e intereses a las cesantías, bonificaciones salariales y no salariales, indemnizaciones legales y de toda índole y en general de cualquier tipo de acreencia legal o extralegal a la que tenga derecho de forma mensual la suma de \$ _____ con destino a los aportes sociales en CBC Cooperativa. Este descuento mensual no podrá exceder la suma equivalente a cinco (5) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV). Si usted es exmpleado consigne en la cuenta corriente de COLPATRIA No. 0020193018 o por recaudo identificado o PSE.
2. Me comprometo a cumplir los deberes y demás obligaciones que estatutariamente estén contemplados, así como las normas y reglamentos que regulan los servicios ofrecidos por la Cooperativa.
3. Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación asociativa con CBC Cooperativa o quien represente sus derechos. Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las Centrales de Riesgo.

PROTECCIÓN DE DATOS

4. Autorizo a CBC Cooperativa para que los datos personales recolectados sean tratados dentro de las políticas y procedimientos de "Protección de Datos Personales" de la Cooperativa y de conformidad con la ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013. La información de datos personales se almacenará en la base de datos para propósitos comerciales de otorgamiento de crédito y actividades de Convenios y Servicios en beneficio de los asociados. CBC Cooperativa ha dispuesto de los siguientes canales de comunicación para recibir solicitudes para conocer, actualizar, rectificar o suprimir la información suministrada en nuestra oficina de la Av. 68 # 75A-50 Of. 322 y en nuestra página: web www.cbc.coop y en el correo electrónico: servicioasociados@cbc.coop. Igualmente estoy informando de mi obligación de actualizar anualmente la información.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento, Adicionalmente, me comprometo a dar lectura y aplicacion a los estatutos que rigen mi calidad como asociado.	
FIRMA	HUELLA
NOMBRE	
IDENTIFICACIÓN	
INFORMACIÓN DE ENTREVISTA	
Lugar de Entrevista	
Fecha de Entrevista	Hora de Entrevista
Resultado Entrevista	Observaciones
FIRMA	

CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN	
Fecha Verificación	
Hora Verificación	
Nombre de quien verifica	
FIRMA	
OBSERVACIONES	

DOCUMENTACIÓN ANEXA	
Fotocopia Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Certificado de Ingresos y Retenciones	<input type="checkbox"/>
Declaración de renta del último período gravable disponible	<input type="checkbox"/>