



## COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP FORMATO DE VINCULACION Y/O ACTUALIZACION ACTIVACOOP

FECHA: / /

VINCULACIÓN ACTUALIZACIÓN 

Señores

**COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP / CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN**

Ciudad

Por medio de la presente solicito mi vinculación como Asociado(a) de la COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP, para lo cual manifiesto que tengo acceso, conozco y me comprometo a cumplir con los Estatutos y Reglamentos que rigen la Cooperativa. De conformidad con la Ley 79 de 1988 en especial sus artículos 142, 143 y 144, autorizo a mi empleador o pagador a descontar mensualmente y girar a Activacoop de manera inmediata, mis aportes sociales, cuotas de créditos, convenios y demás obligaciones económicas que generen mi vínculo con la cooperativa; adicionalmente autorizo a ACTIVACOOP a descontar por medio de DEBITO AUTOMATICO de mi cuenta bancaria registrada en este formato y cualquier otra cuenta bancaria que se encuentre a mi nombre. Adjunto mi información personal requerida y me obligo a mantenerla actualizada:

Mi aporte mensual a la cooperativa que me comprometo a realizar y autorizo a descontar es:	
REFERIDO POR:	C.C.
PARENTESCO:	TELEFONO:

DATOS BASICOS DEL ASOCIADO(A)			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Otros Nombres
Tipo identificación	Número de Identificación	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Dirección de Residencia		Ciudad de Residencia	Tipo de Vivienda (Familiar – Propia – Arriendo)
Celular	Teléfono Fijo	Email 1	Email 2
Estado Civil	Número de Hijos	Estrato donde Vive	Nivel de Escolaridad
Ultimo año cursado	Ultima institución educativa		Ultimo titulo obtenido
Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Es usted Persona Públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Madre Cabeza de Familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Goza de reconocimiento publico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tiene familiares en 1° grado publicamente expuestas o que manejen recursos publicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombres y Apellidos del familiar:	

Para efectos de recaudos por DEBITO AUTOMATICO, desembolsos de créditos, devoluciones de aportes y cualquier otra transacción, inscribo las siguientes cuentas:

INFORMACIÓN DE CUENTAS BANCARIAS		
Tipo de Cuenta 1 AHO <input type="checkbox"/> CTE <input type="checkbox"/>	Número de Cuenta 1	Entidad Bancaria 1
Tipo de Cuenta 2 AHO <input type="checkbox"/> CTE <input type="checkbox"/>	Número de Cuenta 2	Entidad Bancaria 2

INFORMACIÓN LABORAL O ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASOCIADO (A)				
Actividad Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	Empresa donde Labora		Cargo	
Dirección de la Empresa	Tipo Contrato	Fecha de ingreso	Teléfono	Ciudad

DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO(A)			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Dirección residencia	Teléfono	Celular	Email
Nombre Empresa donde labora	Dirección Empresa	Teléfono	Ciudad



## COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP FORMATO DE VINCULACION Y/O ACTUALIZACION ACTIVACOOP

INFORMACIÓN PATROMONIAL Y FINANCIERA DEL ASOCIADO(A)			
Salarios	Honorarios	Comisiones	Arrendamientos
Rendimientos Financieros	Actividad comercial / ventas	Otros ingresos	<b>Total Ingresos Mensuales</b>
Realiza operaciones en moneda extranjera? S / N Cuáles? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Posee cuentas en moneda extranjera? S / N Cuáles? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Gastos Familiares	Arriendo / cuota crédito hipotecario	Cuotas créditos	Pagos Tarjeta de crédito
Cuotas con terceros	Costos de actividad comercial	Otros gastos	<b>Total Egresos Mensuales</b>
Efectivo-Bancos-C x C	Bienes (Inmuebles-Vehículos)	Otros (Muebles-equipos-Otros)	<b>Total Activos</b>
Tarjetas de Crédito	Obligaciones bancarias	Otras Obligaciones	<b>Total Pasivos</b>

REFERENCIA FAMILIAR (QUE NO CONVIVA CON EL ASOCIADO(A))			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres completos	Parentesco
Empresa donde Labora	Tel. Empresa	Celular	E-mail
REFERENCIA PERSONAL			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres completos	Parentesco
Empresa donde Labora	Tel. Empresa	Celular	E-mail

BENEFICIARIOS EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL O FALLECIMIENTO				
En caso de fallecimiento o incapacidad total o permanente, bajo mi absoluta responsabilidad autorizo a la Cooperativa Multiactiva Activacoop para que realice la devolución de aportes sociales y demás derechos económicos a mi favor, después de descontar mis obligaciones con la cooperativa por cualquier concepto, a los siguientes beneficiarios:				
identificación	Apellidos	Nombres	Parentesco	%

**De manera voluntaria y expresa, confirmo las siguientes autorizaciones:**

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS O DEDUCCIONES
<p>Autorizo a descontar mensualmente de mis salarios las cuotas periódicas y en Caso de desvinculación autorizo a mi empleador a descontar de mis cesantías, intereses de cesantías, prima de servicios, vacaciones, bonificaciones, auxilio de transporte, indemnizaciones, auxilio o beneficios extralegales y en general de cualquier concepto que deba cancelarme, para entregar a ACTIVACOOP los saldos pendientes por capital, interés, gastos que ocasione el cobro y cualquier otro concepto que adeude a ACTIVACOOP. De la misma forma autorizo para que con fines de control de mi capacidad de pago y tratamiento de datos personales, mi empleador o entidad pagadora y ACTIVACOOP se compartan entre sí la información relativa a mi salario, honorarios, devengados, créditos, descuentos y datos personales. La presente autorización se extiende en el evento que llegare a cambiar de empleador o entidad pagadora en los términos del artículo 7º de la ley 1527 de 2012, permitiendo a ACTIVACOOP exigir al nuevo pagador el descuento de los dineros que se causen a favor de ACTIVACOOP, en los términos establecidos en la normatividad vigente.</p>
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS
<p>Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 004 de enero de 2017 de la Superintendencia de la Economía Solidaria, Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a ACTIVACOOP de la siguiente información: No admitiré que terceros efectúen depósitos y/o transferencias de fondos a mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo terminar unilateralmente cualquier producto adquirido con ACTIVACOOP, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a ACTIVACOOP de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo. Los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y por el contrario provienen de una actividad lícita. Mis recursos provienen de:</p>

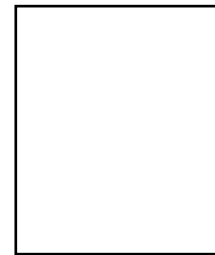
**COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP  
FORMATO DE VINCULACION Y/O ACTUALIZACION ACTIVACOOP****AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Manifiesto de forma libre, consciente, expresa e informada que autorizo a la COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP para que recolecte, almacene, procese, use, transmita y/o transfiera a terceros mis datos personales, para el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones que se deriven de la relación contractual y estatutaria. De igual forma, de conformidad con el MANUAL DE POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES implementado por COOPERATIVA MULTIACTIVA ACTIVACOOP, el cual he leído y aceptado, me obligo a garantizar la reserva de la información en caso de intervenir en el tratamiento de datos personales que no tengan la naturaleza de públicos, incluso después de finalizada mi relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento, pudiendo sólo suministrar o comunicar los datos cuando ello corresponda al desarrollo de las funciones asignadas o cuando la ley así lo autorice.

**AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo a la Cooperativa Multiactiva Activacoop, Nit 830.067.197-1 o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información financiera CIFIN o TRANSUNION que administra la Asociación Bancaria y entidades Financieras de Colombia, o DATACRÉDITO, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejaran en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos personales y financieros incluidos en la actualización son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su confrontación ante cualquier persona natural y/o jurídica, privada y/o pública sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista la relación con ACTIVACOOP, me comprometo a actualizar o confirmar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que sea necesario. También autorizo a ACTIVACOOP para que efectúe consulta de la información suministrada en listas de riesgo.



Firma del Asociado(a)

Huella Índice Derecho

CC.

FUNCIONARIO QUE RECIBE:

NOMBRE:	C.C.	CARGO:	FECHA:
---------	------	--------	--------