



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Cooperativa de los servidores de la
Fiscalía General de la Nación
"Coopfiscalía"

Favor diligenciar este formato en letra imprenta legible

INFORMATIVO

Fecha de diligenciamiento	Día	Mes	Año	Afiliación <input type="checkbox"/>	Retiro + Afiliación <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>	Ciudad
Fecha de Radicación	Día	Mes	Año	Perteneció anteriormente a la Cooperativa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Consecutivo Interno
							Sujeta a crédito
							SI <input type="checkbox"/>
							No <input type="checkbox"/>

DATOS DEL ASOCIADO

Tipo ID	Número	Nacionalidad	Ciudad de Expedición	Fecha de Expedición
CC <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>			
1er Nombre	2do Nombre	1er Apellido	2do Apellido	
Fecha de Nacimiento	Ciudad/Municipio de Nacimiento	Departamento Nacimiento	Estado Civil	Sexo
				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo de Vivienda	Ciudad/Municipio de Residencia	Departamento de Residencia	Nivel académico	
Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>			Pregrado <input type="checkbox"/>	
Dirección de Residencia	Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Estrato
E-mail	Nº de Celular	Nº Teléfono fijo	Técnico	Doctorado
			Tecnólogo	Ninguno

INFORMACIÓN LABORAL / FINANCIERA

Profesión	Empresa	Seccional	Ciudad/Municipio donde trabaja
Cargo	Tipo de Contrato	Sueldo Básico	Fecha de Inicio
Dirección de Oficina	Torre / Bloque	Piso	Oficina
			Nº Teléfono Oficina
			Ext.
			Ciudad/Municipio
Departamento	Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
			Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
			Enviar información y/o correspondencia a
			Vivienda <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>
CIU	Descripción de la actividad	¿Declara Renta?	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?
		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Administra Recursos Públicos?
			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		¿Administra dineros de terceros a su nombre?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		¿Recibe de manera periódica consignaciones en efectivo o cheque por cuantías superiores a \$ 10.000.000 ?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FINANCIERA		OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	
INGRESOS (mensuales de su actividad principal)	Total Activos	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	
		No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
Otros Ingresos	Total Pasivos	Importaciones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>
		Inversiones <input type="checkbox"/>	Transferencias <input type="checkbox"/>
Egresos	Total Patrimonio	¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Tipo de producto	Monto
Describe detalladamente los ingresos originados en actividad diferente a la principal		Identificación del producto	Moneda
		Número del producto	País
		Entidad	Ciudad

BENEFICIARIOS / PERSONAS A CARGO

Tipo Id.	Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M - F)	Beneficiario (Si - No)	%

Tunja
Ibagué
Cali
Bogotá
Barranquilla

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

◇ DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

º Autorizo al pagador de la seccional _____ para descontar de mi sueldo básico mensual € _____, para abonar a mis aportes sociales obligatorios, renovable cada vez que cambie mi salario vigente. Así mismo, una cuota de afiliación única No reembolsable de \$ _____ para cancelar en una cuota de \$ _____ o dos cuotas de \$ _____. El estatuto establece que del aporte social obligatorio se destinará mensualmente la suma de \$ 5,000 con destino a: \$ 1,500 para el Fondo de Bienestar Socia \$ 1,500 al Fondo de Solidaridad y \$ 2,000 para el Fondo de Desempleo

º En caso que la pagadora no realice el descuento respectivo, me comprometo a cancelar por caja en la cuenta de la Cooperativa el valor no descontado, porque ello no me exime de la responsabilidad de las obligaciones que tengo con la Cooperativa. Autorizo a debitar de mi (s) cuenta (s) reportadas a Coopfiscalia mis obligaciones de crédito relativas al desembolso o pago de créditos, gastos de estudio y administración de créditos, cuotas ordinarias y extraordinarias de aportes servicios a terceros como seguros, servicios, etc. Firmo este documento en constancia de haber leído de manera clara y precisa toda la información solicitada aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria.

º Certifico que toda la información suministrada es verídica y exacta, autorizo a que sea verificada y me comprometo a cumplir los reglamentos, estatutos de la Cooperativa y a reportar cualquier cambio de la información aquí señalada. Eximo a Coopfiscalia de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o la violación del mismo.

º Autorizo a Coopfiscalia para que obtenga de cualquier fuente la información y referencias relativas a mi persona, y para reportar y consultar en cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente.

º No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas de fondos de procedencia ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier forma en el que se le modifique o adicione.

º Declaro que los recursos que entregue provienen del desarrollo de mi actividad económica principal y no, de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano. Conozco y acepto que como asociado tengo la responsabilidad de actualizar anualmente la información registrada en este formulario.

SARLAFT: Coopfiscalia podrá dar por terminado cualquier relación con el firmante con fundamento además de las cláusulas establecidas en el Estatuto y diferentes reglamentos de los productos o servicios: a) Cuando figure en cualquier tipo de investigación o en procesos relacionados con Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), b) Cuando me encuentre incluido en las listas públicas para el control de Lavado en Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT), c) Cuando me encuentre en requerimiento de entidades de control, por la presunta comisión de delitos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT).

CENTRALES DE RIESGO: Autorizo de manera irrevocable a Coopfiscalia entidad cooperativa para reportar, solicitar, consultar, incluir y divulgar a centrales de riesgo o cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, toda información referente a mi comportamiento crediticio como asociado y/o deudor solidario de la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos. Conozco el alcance legal de esta autorización de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable, la cual se extiende en caso de que mi cartera sea cedida en cualquier condición.

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN: La presentación de esta solicitud NO implica compromiso alguno para Coopfiscalia y la comprobación de la inexactitud de cualquiera de la información consignada en este formulario será motivo para negar dicha solicitud.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES: autorizo a Coopfiscalia en los términos de la Ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, de manera libre, previa y voluntaria, para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, como el origen étnico, inclinaciones políticas, sexuales, religiosas o datos biométricos del Titular, para que dicho Tratamiento se realice con el propósito de lograr las siguientes finalidades: (1) Publicar y divulgar el uso de imágenes, datos personales, voces, fotos, sonidos y filmaciones magnéticas entre otras, durante los eventos y programas realizados por Coopfiscalia. (2) Que me permitan recibir información comercial, de servicio o cualquier otra índole que se considere necesario y/o apropiado para la prestación de servicios así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), digitales, físicos y/o personales suministrados a través de este o cualquier otro formulario y medio, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión para las finalidades mencionadas en las POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE COOPFISCALÍA. (3) En representación de los menores de edad inscritos en las diferentes actividades de la cooperativa, autorizo de manera gratuita y exclusiva a Coopfiscalia para reproducir y utilizar las fotografías o videos de los menores de edad inscritos en estos eventos. Entiendo y acepto que dichas imágenes se captarán durante actividades autorizadas y realizadas en circunstancias apropiadas bajo el control de Coopfiscalia. Entiendo que no se revelará la identidad de los menores de edad para protegerla. Declaro que estoy informado de mi obligación de actualizar la información que solicite la entidad anualmente o por cada producto o servicio que utilice. He sido informado que las políticas para el tratamiento de mi información personal y el uso de privacidad así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo, podrán ser consultadas a través de la página Web: www.coopfiscalia.com.

Autorizo No Autorizo

Firma _____		VALOR APORTE MENSUAL AL MOMENTO DE LA AFILIACIÓN
-------------	--	--

Esta es la firma con la que se identificará para acceder a nuestros servicios

Huella dactilar índice derecho

◇ **REGISTRO Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Asesor (a) Comercial	Hora de la entrevista	Fecha de la entrevista	DÍA	DÍA	
Información validada por	Asociado referido por	Fecha de validación telefónica	DÍA	DÍA	DÍA
Procesado en el sistema por		Fecha de ingreso a OPA	DÍA	DÍA	DÍA
Observaciones:					

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

Consulta Listas Restrictivas	Positivo <input type="checkbox"/>	¿Es Persona Expuesta Política o Públicamente Expuesta (PEPS)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de consulta	DÍA MES AÑO	Firma
Resultado	Negativo <input type="checkbox"/>						
Acta del Consejo de Administración Número			Estado de la Afiliación				
			Aprobada <input type="checkbox"/> Aplazada <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/>				