



SOLICITUD DE VINCULACIÓN

Cooperativa de los servidores de la
Fiscalía General de la Nación
"Coopfiscalía" NIT 830.056.173-8

Favor diligenciar este formato en letra imprenta legible

INFORMATIVO

Fecha de diligenciamiento (Gestión Comercial)	Día	Mes	Año	Ciudad	Afiliación <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>
Fecha de Radicación (Atención al Asociado)	Día	Mes	Año	Consecutivo Interno	Sujeta a crédito Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Crédito

◆ DATOS DEL SOLICITANTE

CC <input type="checkbox"/>	Tipo ID <input type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>	Número	Nacionalidad	Ciudad de Expedición	Fecha de Expedición
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 Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	Ciudad/Municipio de Residencia	Departamento de Residencia	Nivel académico			
Dirección de Residencia	Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Estrato	Primaria <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>
Correo electrónico personal	N° de Celular	Seccional	Secundaria <input type="checkbox"/>			Posgrados <input type="checkbox"/>
¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? Mayores de 60 años <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad física <input type="checkbox"/> Otra? <input type="checkbox"/> Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> Población diversa / LGBTQ+ <input type="checkbox"/>		Acepto recibir información por medio de: Dirección principal <input type="checkbox"/> Mensajes SMS <input type="checkbox"/> Llamadas telefónicas <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/>				
Técnico <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/>			Ninguno <input type="checkbox"/>

◆ INFORMACIÓN LABORAL / FINANCIERA

Profesión	¿Administra Recursos Públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Empresa Pensionado Fiscalía General de la Nación	Tipo de Contrato
Cargo	Ciudad/Municipio donde trabaja	Procuraduría General de la Nación Medician Legal Rama Judicial	Término fijo/Provisionalidad <input type="checkbox"/> Término Indefinido/Propiedad <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente/En Carrera/Otro <input type="checkbox"/>
Dirección de Oficina	Bloque / Piso / Oficina	Banco	Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
		Número de Cuenta	

◆ INFORMACIÓN FINANCIERA

CIU	Descripción de la actividad	Ingresos (mensuales de su actividad principal)	Egresos	Total Pasivos
	Sueldo Básico	Otros Ingresos	Total Activos	Total Patrimonio

◆ BENEFICIARIOS

Tipo Id.	Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco	Fecha de Nacimiento	% participación	Número de hijos	Número Telefónico de Contacto

Formato código GCM-FT-SVI-10

Tunja
Ibagué
Cali
Bogotá
Barranquilla

SOLICITUD DE VINCULACIÓN

◆ **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

° Autorizo al pagador de la seccional _____ para descontar de mi sueldo básico mensual el _____, para abonar a mis aportes sociales obligatorios, renovable cada vez que cambie mi salario vigente. El estatuto establece que del aporte social obligatorio se destinará mensualmente la suma de \$ \$ **5.000** con destino a: \$ **2.000** para el Fondo de Bienestar Social. \$ **2.500** al Fondo de Solidaridad y \$ **500** para el Fondo de Desempleo.

° En caso que la pagaduría 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 mis obligaciones, gastos de estudio y administración de créditos, cuotas de aportes sociales o de 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.

° 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.

° Coopfiscalia podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

° 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.

° 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 terminada 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 informacion 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 los datos consignados en este formulario serán 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 POLITICAS 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

VALOR APOORTE MENSUAL AL MOMENTO DE LA AFILIACIÓN

Firma _____

Esta es la firma con la que se identificará para acceder a nuestros servicios Huella dactilar índice derecho

Documentos requeridos para la vinculación

Formato de vinculación debidamente diligenciado, huellado y firmado por el aspirante a asociado (debe ser en tinta negra).
 Fotocopia legible del documento de identificación, se debe entregar con firma y huella.
 Certificación laboral con vigencia no mayor a 30 días (Debe especificar fecha de ingreso, tipo de contrato, cargo y salario).
 Último desprendible de nómina (Si el aspirante a asociado viene de un periodo de vacaciones deberá presentar los dos (2) últimos).
 Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones) si se requiere.
 Si maneja recursos públicos, certificación mensual de los ingresos laborales y/o certificación mensual de ingresos por otros conceptos.

◆ **REGISTRO Y VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN - EXCLUSIVO COOPFISCALÍA**

Asesor (a) Comercial	Entrevista Virtual o <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/>	Fecha de la entrevista Hora de la entrevista	Información validada por:	Fecha validación telefónica	Procesado en el sistema por:	Fecha ingreso a OPA
----------------------	---	---	---------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------

Observaciones: _____

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

ATENCION AL ASOCIADO

Consulta Listas Restrictivas Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	¿Es Persona Expuesta Política o Públicamente (PEPS)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Día Mes Año Fecha de consulta	Acta CA de aprobación	Estado de la solicitud de vinculación Aprobada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/> Aplazada <input type="checkbox"/>
--	--	----------------------------------	-----------------------	---

Formato código GCM-FT-SVI-10

Síguenos en redes sociales



@coopfiscalia



Coopfiscalia



_Coopfiscalia

Visita nuestra página web www.coopfiscalia.com