



Cooperativa de Empleados del Ministerio de Relaciones Exteriores

“COOPMINEXTERIORES”

“cooperativismo con sentido”

Recibido por:

Fecha:

Día Mes Año

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

1. DATOS DEL ASOCIADO															
Nombres y Apellidos						Identificación No. C.C. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>									
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AA	Edad	Genero	F	M	Estado Civil	No. de Personas a cargo	Tiene hijos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mayores de 18	Menores de 18		
Dirección de Residencia			Barrio			Ciudad			Dpto.			Tipo de Residencia Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>			
Teléfono domicilio				Estrato		Número celular				Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____					
Correo Electronico					Profesión			Nivel educativo							
2. INFORMACION LABORAL															
Nombre de la Empresa donde trabaja						Ciudad			Antigüedad						
Dirección:						Teléfono Of.			Correo electrónico						
Tipo Contrato		Fijo <input type="checkbox"/>	Ind. <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cual? _____		Cargo u Oficio								
3. INFORMACIÓN FINANCIERA															
INGRESOS MENSUALES		ASOCIADO(A)			CÓNYUGE			EGRESOS MENSUALES		ASOCIADO(A)		CÓNYUGE			
Salarios		\$			\$			Gastos Familiares		\$		\$			
Arriendos		\$			\$			Arriendos		\$		\$			
Honorarios		\$			\$			Cuotas Créditos		\$		\$			
Pensión		\$			\$			Tarjeta de Crédito		\$		\$			
Otros		\$			\$			Otros		\$		\$			
TOTAL INGRESOS:		\$			\$			TOTAL EGRESOS:		\$		\$			
4. BIENES MUEBLES E INMUEBLES															
Tipo de inmueble Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____						Valor comercial:			Saldo hipoteca:						
Dirección:				Ciudad:			Teléfono:								
Vehiculos: Placa		Marca		Línea		Modelo		Valor Comercial		Saldo Prenda					
Placa		Marca		Línea		Modelo		Valor Comercial		Saldo Prenda					
ACTIVOS \$ _____				PASIVOS \$ _____				PATRIMONIO \$ _____							
5. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA Y PEP'S															
Realiza operaciones en Moneda Extranjera		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de Transacción:		Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/>		Pago de Servicios <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/>		Remesas <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/> Cual? _____			
Maneja o maneja Recursos Públicos		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tiene o tuvo algún grado de poder público				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Goza o gozó de reconocimiento público				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6. DATOS DEL CÓNYUGE															
Nombres y Apellidos						Identificación CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> de _____									
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AA	Genero	F	M	Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____								
Empresa Donde Trabaja						Ciudad			Antigüedad						
Dirección						Celular			Teléfono						
7. REFERENCIAS FAMILIARES															
Nombre				Parentesco				Celular		Tel. Fijo					
Nombre				Parentesco				Celular		Tel. Fijo					
8. REFERENCIAS PERSONALES															
Nombre				Parentesco				Celular		Tel. Fijo					
Nombre				Parentesco				Celular		Tel. Fijo					



Cooperativa de Empleados del Ministerio de Relaciones Exteriores

“COOPMINEXTERIORES”

“cooperativismo con sentido”

Recibido por:

Fecha:

Día Mes Año

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

8. GRUPO FAMILIAR Y BENEFICIARIOS

En caso de muerte declaro y designo como beneficiario(s) a las siguientes personas según el porcentaje asignado

APELLIDOS NOMBRES COMPLETOS	IDENTIFICACIÓN	SEXO	PARENTESCO	OCUPACIÓN	FECHA NACIMIENTO D/M/A	% BENEPEC.
		M F				
		M F				
		M F				
		M F				
		M F				
		M F				

AUTORIZACION PARA DESCUENTO DE NOMINA

Autorizo a la pagaduría a la cual pertenezco, para que de mi nómina sean descontados mensualmente a favor de COOPMINEXTERIORES, por los siguientes conceptos.

CONCEPTO	%
APORTES	

Autorizo el descuento de la cuota de afiliación no reembolsable por el valor de ___ % de un salario mínimo mensual legal vigente.

Declaro expresamente que me someto a las leyes, decretos, estatutos, reglamentos y mandatos que rigen COOPMINEXTERIORES. Como también a cancelar mensualmente las obligaciones que adquiera con la cooperativa, en caso de no efectuarse el descuento por parte de pagaduría.

ME COMPROMETO a realizar el curso de cooperativismo básico de intensidad de 20 horas y según el caso presentar el certificado del mismo, so pena de perder el acceso a derechos y servicios.

1. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE CENTRAL DE RIESGO: “Autorizo(amos) a COOPMINEXTERIORES, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedores de la(s) obligación(es) por mi(nosotros) contraídas con COOPMINEXTERIORES, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades, consulte y reporte a la Central de Información de la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, Cifin y Datacrédito y en cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue(mos) a contraer, fruto de contratos celebrados con COOPMINEXTERIORES, o con quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del pagaré, según sea el caso, o cualquier otro dato personal económico que estime pertinente, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros. La presente autorización comprende no sólo la facultad para reportar, procesar y divulgar sino también la de solicitar información sobre mis(nuestras) relaciones comerciales con cualquier otra entidad. Las consecuencias de dicha autorización, serán la consulta e inclusión de mis(nuestros) datos financieros con CIFIN y Datacrédito y demás obligaciones, con el eventual efecto para mi(nosotros) de verme(nos) imposibilitado(s) para acceder a los servicios que prestan dichas entidades afiliadas. La permanencia de la información que refleje incumplimiento dependerá del momento en que se efectúe el pago y de la manera como se tramiten los procesos de cobro”

2. DECLARACIONES DE BIENES Y/O FONDOS: De manera voluntaria bajo la gravedad de juramento declaro que mis ingresos y los bienes que figuran a mi nombre provienen de _____ y no tiene origen de ninguna actividad ilícita.

3. DECLARACIONES GENERALES: Adicionalmente y cumpliendo con lo preceptuado por el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia me permito declarar que:

A. Toda la información consignada en el presente formulario es correcta veraz y verificable.

B. Desde el momento de mi vinculación como Asociado de COOPMINEXTERIORES, me obligo actualizar por lo menos anualmente la información aca suministrada tratándose de mis datos de contacto - tales como dirección de correspondencia y número telefónico, proceder a efectuar dicha actualización, dentro de los quince(15) días siguientes a la fecha del respectivo cambio.

C. Autorizo a COOPMINEXTERIORES, para dar por terminado unilateralmente el estudio de solicitud, o para que anticipe el plazo de crédito que se me otorgue y exija sus cumplimiento inmediato, en el evento en que la información por mi suministrada sea o resulte errónea, falsa o inexacta o no sea posible su confirmación, o en caso de que incumpla cualquiera cualquiera de las obligaciones aca contenidas, sin perjuicio de acciones disciplinarias y penales.

D. En todo caso COOPMINEXTERIORES, se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de crédito presentada, y no estará obligada a dar explicación ni motivación alguna al respecto.

COOPMINEXTERIORES, también estará autorizada a destruir todos los documentos que he aportado para el correspondiente estudio.

E. He leído, entendido y aceptado el contenido de este formulario.

4. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Con mi firma en el presente documento, autorizo a COOPMINEXTERIORES, para recaudar y administrar los datos personales aquí entregados. La información personal recopilada podrá ser administrada y utilizada con el fin de realizar actividades de su objeto social, entre los que se encuentran labores de comercialización de servicios, comercialización de productos crediticios, estructuración de negocios, así como estudios de crédito, mercadeo, publicidad y estadísticas. Esta información podrá ser compartida por terceros nacionales o extranjeros que realicen este tipo de labores, en calidad de aliados o proveedores, los cuales mantendrán la confidencialidad de la misma y no podrán utilizarla para un fin diferente al desarrollar las actividades para las cuales se les ha entregado. Manifiesto que conozco los derechos que tengo como titular de la información, tales como conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, entre otros, de conformidad con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios. También he sido informado sobre las políticas de tratamiento de la información de COOPMINEXTERIORES, y soy consiente de que puedo comunicar cualquier inquietud o petición sobre la administración al siguiente correo electrónico: coopminexteriores@coopminexteriores.com

5. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES POR MEDIO ELECTRÓNICO: autorizo que COOPMINEXTERIORES me envíe comunicaciones, notificaciones y publicaciones a través de las direcciones de correo electrónico registradas, sms y redes sociales como medio válido de notificación.

* Anexar
Fotografía de 3x3cms a color
Fotocopia del documento de identidad al 150%
Fotocopia de la resolución de nombramiento
Fotocopia del Acta de Posesión
Dos últimos desprendibles de nómina

Fecha diligenciamiento AAAA MM DD

FIRMA

HUELLA

9. ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Observaciones

Fecha realización entrevista AAAA MM DD

Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información

Fecha verificación información AAAA MM DD

Versión Octubre 2019