



COOPERATIVA MULTIACTIVA COOHEM

Av. 11E # 3N-10
B. Govika, Cúcuta
PBX: 574 36 67
Tels: 574 39 16 - 577 24 67

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO

FORMATO 5 - HOJA DE VIDA

RADICADO _____

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: Tipo de asociado: Independiente Nomina
Nombres: Apellidos:
T. de Identificación: CC TI CE Pas N° de Identificación: Lugar y Fecha de exp:
Fecha de Nacimiento: Ciudad y Departamento:
Estado Civil: Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado N° de personas a Cargo:
Dirección de Residencia: Sector: Estrato:
Municipio: Departamento:
Teléfono fijo: Celular: Correo Electrónico:
Tipo de vivienda: Propia Familiar Arrendada En caso de vivienda arrendada:
Nombre del arrendador: N° de teléfono / Celular:
Nivel de estudio: Título obtenido:
Ocupación, oficio o profesión:
Administra recursos públicos: Si No PEP (Persona públicamente expuesta) Si No
Ha realizado cursos de Cooperativismo: Si No ¿Que niveles? 1 2 3
Realiza operaciones en moneda extranjera: Si No En caso de realizar transacciones por favor diligenciar:
Moneda en la que realiza las transacciones: Tipo de operación:
Nombre de la entidad Intern.:
N° de la cuenta de la Entidad Extr. Ciudad: País:

Firma: Huella
C.C:

INFORMACIÓN LABORAL

1. Independientes

Profesional: Si No Cual:
Comerciante: Si Formal Informal Dirección
Empresa o Negocio: Si Nombre del establecimiento:
Actividad Económica: CIU:
Ingresos Mensuales (especificar):

2. Empleados

Empresa donde labora: Actividad Económica:
Lugar de trabajo: Sección o Área:
Dirección: Barrio: Municipio:
Salario básico: Teléfono: Extensión:
Fecha de ingreso: Tipo de contrato: Cargo:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales: Total de Activos:
Otros ingresos (especificar): Total de Pasivos:
Egresos mensuales: Declara Renta: Si No

DATOS CONYUGE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Nombre: Apellidos:
T. de Identificación: CC TI CE Pas N° de Identificación: Lugar y fecha de exp:
Fecha de nacimiento: Ciudad y Departamento
Teléfono: Celular: Correo Elec:
Ocupación actual Independiente Empleado Si es empleado por favor diligenciar lo siguiente:
Dirección de la Empresa: Barrio: Ciudad:
Cargo que desempeña: Tipo de Contrato: Fecha de Ingreso:

REFERENCIAS

Referencia familiar: Tipo de Identificación: CC TI CE Pas N° de Identificación:
Nombre y Apellidos:
Dirección de residencia:
Municipio: Departamento:
Teléfono / Celular: Parentesco:

Referencia familiar: _____ Tipo de Identificación: CC TI CE Pas N° de Identificación: _____
 Nombre y Apellidos: _____
 Dirección de residencia: _____
 Municipio: _____ Departamento: _____
 Teléfono / Celular: _____ Parentesco: _____

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Manifiesto, que es mi voluntad de acuerdo con lo dispuesto en la ley, en caso de fallecimiento mis aportes, ahorros y el seguro (si lo hubiere) que ampara a los mismos, sean entregados a:

Nombres y Apellidos completos de los beneficiarios	Parentesco	N° Identificación	%

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguientes declaración de origen de fondos a la COOPERATIVA MULTIACTIVA COOHEM, con el proposito de que se pueda dar cumplimiento a la circular externa No. 014 del 2000 de la Supersolidaria, Dec. 633 de 1998, la ley 190 de 1995 "Estatuto Anticorrupción" y las demás normas concordantes para establecer cualquier tipo de vinculo o relación, y/o asociación a la COOPERATIVA MULTIACTIVA COOHEM.

1. Declaro que los recursos financieros que entrego en depósito y aportes sociales ordinarios y/o extraordinarios o los utilizados para la prestación de servicios a la cooperativa provienen de: _____
2. Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifiquen o adiciones ni efectuar transacciones destinadas o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Cooperativa en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documentos, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

FIRMA: _____
 C.C: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a COOHEM a dar tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013.

AUTORIZACIÓN, CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGO

Autorizo en forma permanente e irrevocable a COOHEM para que con fines estadísticos y de información consulte, reporte, circule e incluya información relacionada a mi nombre, como cliente o asociado de la cooperativa, mi comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de crédito, saldo de obligaciones crediticias, tiempo en mora en el pago de dichas obligaciones, a la central de riesgo o cualquier entidad autorizada por la superintendencia financiera, sí como a quien tuviera interés legítimo en ella.

AUTORIZACIÓN PARA LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO Y/O MENSAJES DE TEXTO Y SER CONTACTADO TELEFONICAMENTE

Al diligenciar y suscribir esta solicitud, Autorizo expresamente a COOHEM:

1. Remitirme mi estado de cuenta, cobro de mis obligaciones, notificaciones e información general sobre cualquier evento, convocatorias y servicios que ofrece la cooperativa a través de la(s) dirección(es) de correo electrónico en ellas consignadas y el (los) numero(s) de celular registrado(s). En consecuencia, cualquier cambio o cancelación de la dirección de correo electrónico y/o numero de celular sera informada a COOHEM inmediatamente.
2. Así mismo, autorizo para que los correos electrónicos y/o mensajes de texto remitidos por COOHEM sirvan de prueba ante mi y ante cualquier entidad Gubernamental, Administrativa o Judicial.
3. Ser contactado al numero de celular y la dirección de correo electrónico por mi reportados, a través de mensajes de texto o la dirección por mi informada, durante y con posterioridad a la terminación de la relación comercial. y/o como asociado(a) de la cooperativa con el objeto de actualizar mis datos, verificar la información por mi suministrada, así como recibir información y publicidad sobre el portafolio de servicios de la Cooperativa Multiactiva COOHEM.

FIRMA: _____
 C.C: _____



ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Observaciones: _____

Fecha realización de entrevista:

Nombre y firma del funcionario que realizó la entrevista: _____

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información: _____

Fecha de verificación información:

La presente solicitud fue estudiada y aprobada según Acta N° _____ del Consejo de Administración _____

Firma Autorizada _____ Fecha de Autorización: