

Av. González Valencia N° 55 - 54 Bucaramanga - Col
 Tel: (7) 657 3223 - 647 9705 - 691 4825
 Cel: 316 875 9747
 Página Web: www.coinversiones.com
 E-mail: mercadeo@coinversiones.com



Formato de Afiliación y/o Actualización de Datos Personales de la Cooperativa de Desarrollo Tecnológico del Oriente Colombiano "Coinversiones Ltda." Nit.: 804.004.018-7
 Valor Afiliación NO Reembolsable:
 \$ 9.500.00 IVA incluido

Señores:
 Consejo de Administración Coinversiones Ltda
 Ciudad

Cordialmente solicito consideren mi ingreso como asociado a **COINVERSIONES LTDA.**, afiliación que se hará efectiva después de realizado el primer aporte, para lo cual suministro la siguiente información:

DATOS PERSONALES						
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
TIPO DE DOCUMENTO		NO. IDENTIFICACIÓN		NACIMIENTO		MANEJA DINEROS
C.C.				FECHA	CIUDAD	PUBLICOS
C.E.		EXPEDICION DOCUMENTO ID				SI NO
No HIJOS	PERS A CARGO	FECHA	CIUDAD	ESTADO CIVIL	TIPO SANGRE	MUJER CABEZA DE FAMILIA
						SI NO
Dirección Residencial (Describir completamente calles, carreras, avenidas, manzanas, casas, bloques, torre, vereda, corregimiento, etc.)						
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		ESTRATO	TEL FIJO	CELULAR
TIPO DE VIVIENDA (Propia - Familiar - Inmueble con Hipoteca - Arriendo - Otra)						
CORREO ELECTRONICO (Escribir correcta y completamente)						
NOMBRE DE CONYUGUE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE				OCUPACION		TELEFONO
DATOS ACADemicOS (Marque con una X)						
NIVEL DE ESTUDIOS		PRIMARIA	BACHILLERATO	TECNICO	TEGNOLOGICO	UNIVERSITARIO POST-GRADO
DATOS LABORALES - ACTIVIDAD ECONOMICA ASOCIADO (Marque con una X)						
EMPLEADO	PENSIONADO	INDEPENDIENTE		OTRO		
INFORMACION LABORAL (Actividad económica: Empleados, pensionados)						
ENTIDAD PAGADORA						
Dirección Laboral (Describir completamente calles, carreras, avenidas, manzanas, casas, bloques, torre, vereda, corregimiento, etc.)						
TELEFONOS		CARGO / DEPENDENCIA				
FECHA DE INGRESO		TIPO DE CONTRATO (Marque con una X)			ANTIGÜEDAD	
		FIJO	INDEFINIDO	OPS	JORNAL	
INGRESOS						
INGRESO MENSUAL (1)		\$	POR CONCEPTO DE			
OTROS INGRESOS (2)		\$	POR CONCEPTO DE			
TOTAL INGRESOS MENSUALES (1) + (2)			\$			
EGRESOS						
EGRESOS MENSUALES		\$				
CUENTAS BANCARIAS						
ITEM	ENTIDAD			NUMERO		TIPO CUENTA
1						Ahorro Corriente
2						Ahorro Corriente

En cumplimiento con la ley 1581 de 2012 referente a la protección de Datos Personales, al Artículo 17 de la ley 527 de 1999 y en amigabilidad con el planeta. Autorizo a COINVERSIONES LTDA., a enviarme Información Electrónica referente a los servicios a mi cuenta de correo personal y teléfono móvil depositados en el presente formulario.

INFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR Y DE BENEFICIARIOS

YO, Asociado Activo(a) de la Cooperativa de Desarrollo Tecnológico del Oriente Colombiano - "COINVERSIONES LTDA", en uso de mis facultades plenas, autorizo a COINVERSIONES LTDA., para que cuando fallezca y aún persista el vínculo como Asociado, que el saldo de mis aportes sociales y otros valores a que tenga derecho; sean entregados a mis beneficiarios que detallo a continuación en el porcentaje estipulado en la columna "% Pago". Igualmente de que mis beneficiarios sean menores de edad, declaro como tutor de los mismos a la persona o personas relacionadas (s) en el campo dispuesto para este fin.

IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	A CARGO	PARENTESCO	% PAGO

GRUPO FAMILIAR: Son todas las personas que conviven con el Asociado; BENEFICIARIOS: son las personas a las cuales se entregará el valor de los aportes del Asociado Fallecido (*), de acuerdo a esta autorización. NOTA: No es obligatorio colocar el porcentaje de pago a todo los integrantes del grupo familiar, sino a los que el Asociado de manera Libre y Voluntaria asigne.

* Es necesario anexar fotocopia de los documentos de identidad de sus BENEFICIARIOS. En caso de que ellos sean menores de edad, favor diligenciar el espacio de tutor: BENEFICIARIOS: son las personas a las cuales se entregará el valor de los aportes del Asociado Fallecido (*), de acuerdo a esta autorización. NOTA: No es obligatorio colocar el porcentaje de pago a todo los integrantes del grupo familiar, sino a los que el Asociado de manera Libre y Voluntaria asigne.

* Es necesario anexar fotocopia de los documentos de identidad de sus BENEFICIARIOS. En caso de que ellos sean menores de edad, favor diligenciar el espacio.

INFORMACION DEL TUTOR (ES)

IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DIRECCION	TEL/CEL

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

* Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a COINVERSIONES LTDA para que la verifique.

* Estoy informado de mi obligación actual anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

* Declaro que mis ingresos y bienes provienen de actividad económica principal.

* Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

* Declaro que conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales.

* Autorizo de manera irrevocable, con fines exclusivamente estadísticos, de control, supervisión, de información comercial, a COINVERSIONES, para que reporte a la central de Riesgos de la Asociación Bancaria de Colombia - CIFIN, y a cualquier otra entidad que maneja base de datos con los mismos fines, el nacimiento y modificación, extinción de obligaciones contratada con anterioridad o que se llegaran a contraer futuros contratos con COINVERSIONES. La autorización que en el presente escrito realizamos, comprende especialmente la información referente a la existencia de deudas o utilización indebida de los servicios que ofrezca COINVERSIONES, por un término mayor en el momento en el cual se extingue la obligación o termino de permanencia establecida por la ley. La presente certificación de no solo facultar a COINVERSIONES a reportar, procesar y divulgar a la Central de Información, datos generales y económico del deudor y/o codeudor(es) si no también el que COINVERSIONES puede solicitar información sobre nuestras relaciones comerciales, con el sistema financiero a cualquiera de ella y que los datos nuestros sean procesados por el logro del propósito de la Central de Riesgos y sean circularizables con fines comerciales, de conformidad con las normas vigentes. Lo anterior sin perjuicio del derecho de rectificación que puede ejercer el cliente en el evento de inconsistencias o errores en los datos y reportes referidos a su moral e imagen crediticia referidos por esta entidad, sin perjuicios de las acciones legales pertinentes. Autorizo a COINVERSIONES para que entregue información general o razón social, documento de identidad y actividad, así como cualquier otra variable socio demográfica adicionalmente autorizo a reportar información relacionado con número(s) de obligación(es) valor original de la deuda, valor de la cuota, tipo y clase de garantías, oficina de radicación vencimiento final, saldo de la obligación, valor en mora periodicidad del pago, calidad que actuó (deudor, codeudor). AUTORIZO a la COINVERSIONES para que me envíe información tanto retrasos en las obligaciones adquiridas con la entidad como información de intereses de la Cooperativa, mediante mensajes de texto o correos electrónicos.

* La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para COINVERSIONES y la comprobación de inexactitud de cualquiera de las informaciones.

Yo _____ identificado con C.C. _____ de _____ expresamente autorizo a la pagaduria de _____ para que deduzca de mi salario el valor de _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

HUELLA

Fecha de Diligenciamiento	AÑO	MES	DIA

Nota: Es tan importante que para la prestación de un buen servicio, sean consignados (en letra imprenta) todos los datos aquí solicitados con la mayor precision posible.

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES:

FEHA DE LA ENTREVISTA	AÑO	MES	DIA

NOMBRE Y CEDULA DE FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA Y VERIFICO LA INFORMACION