

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

EXCLUSIVO COOPEBIS



FECHA DILIGENCIAMIENTO			OFICINA	TIPO DE ASOCIADO				
DÍA	MES	AÑO		Servidor Público ☐	Pensionado ☐	Trabajador COOPEBIS ☐	Familiar asociado ☐	Contratista del Distrito ☐

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer apellido			Segundo apellido			Nombres		
Tipo documento de identificación C.C. ☐ C.E. ☐		No. de identificación		Lugar y fecha de expedición			Género M ☐ F ☐	Estado civil Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Unión libre ☐
Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento			Departamento		País de nacimiento
País de residencia	Ciudad de residencia	Barrio		Estrato	Tipo de vivienda ☐ Propia ☐ Familiar ☐ Arriendo/Leasing ☐ Con Hipoteca			
Dirección residencia			E-mail personal			Celular		Zona Rural ☐ Urbana ☐

INFORMACIÓN LABORAL

Profesión		Entidad donde labora		Ciudad		Localidad	
Dirección de la entidad			Cargo		Teléfono		Extensión
E-mail corporativo			Fecha de ingreso a la entidad DÍA MES AA		Actividad Económica Principal (Ver pie de página)		Código CIU

Si es independiente describa su actividad económica:

Tipo de contrato	Carrera Administrativa ☐	En propiedad ☐	Prestación de servicios (Contratista) ☐	Provisional ☐	Indefinido ☐	Pensionado ☐	Obra Labor ☐	Independiente ☐
	Planta Temporal ☐	Término Fijo ☐	Libre nombramiento y remoción ☐	Otro ☐	Cuál? _____			

INFORMACION ADICIONAL

Nivel de estudios	Primaria ☐	Secundaria ☐	Técnico/Tecnólogo ☐	Universitaria ☐	Especialización ☐	Maestría ☐	Doctorado ☐
Asociado que lo refirió :		N° identificación: _____		Nombres y Apellidos: _____			
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI ☐ NO ☐ Cuáles? _____			Personas a cargo:	Ocupación: Empleado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐		
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional	SI ☐ NO ☐	Niños, niñas y adolescentes ☐	Mayores de 60 años ☐	Persona con discapacidad física, mental o sensorial ☐			
		Mujer cabeza de familia ☐	Víctima del conflicto armado ☐	Persona con condición de pobreza extrema ☐			
		Pueblos indígenas ☐	Población diversa/ LGBTQI+ ☐	Población Afrocolombiana ☐			
		Otro ☐	Cuál? _____				

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (PEP)

Administra recursos públicos o tiene el poder o influencia para disponer de recursos públicos.	SI ☐ NO ☐	Goza de reconocimiento público en la sociedad o de amplia divulgación en medios de comunicación.	SI ☐ NO ☐
Desempeña funciones prominentes en una organización en el extranjero (persona expuesta políticamente extranjera)	SI ☐ NO ☐	Si alguna respuesta es positiva diligenciar la declaración (PEPs)	

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		GASTOS MENSUALES	
Ingresos Actividad Económica Principal	\$ _____		
Otros Ingresos	\$ _____		
TOTAL INGRESOS \$ _____		Gastos (Promedio Mensual)	\$ _____
Descripción de Otros Ingresos (Actividad Económica Adicional)			

TOTAL ACTIVOS (Valor estimado de sus bienes, enseres, vehículos, inversiones)	\$ _____	TOTAL PASIVOS (Valor estimado del total de sus deudas)	\$ _____
--	----------	---	----------

FAMILIAR POR ASOCIACIÓN (Si su vinculación es por concepto de Familiar de Asociado)

Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Parentesco	Teléfono Móvil	Correo Electrónico	
REFERENCIA FAMILIAR					
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	E-MAIL	TELÉFONO MÓVIL	PARENTESCO
REFERENCIA PERSONAL					
NOMBRE	DIRECCIÓN	CIUDAD	E-MAIL	TELÉFONO MÓVIL	RELACIÓN

Convenciones: **Actividad Económica: Empleado. Pensionado. Negocio o microempresa. Profesional independiente. Rentista de capital.

AUTORIZACIÓN APERTURA CUENTA DE AHORRO A LA VISTA

COOPEBIS, autorizada para captar ahorros de sus asociados, y el abajo firmante de esta solicitud, aceptan abrir una cuenta de ahorro a la vista conforme a lo establecido en las normas legales vigentes y demás disposiciones concordantes al Estatuto y al Reglamento de Ahorros de la Cooperativa.

SíNo

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CONVENIO POR NÓMINA

En mi calidad de asociado de la Cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS, autorizo al pagador de la entidad para la cual trabajo, se me deduzca de mi salario la suma de \$ con periodicidad Mensual [] Quincenal [] con destino a la Cooperativa, por concepto de Aportes Sociales.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012, en mi calidad de titular de la información, autorizo mediante la firma de este formulario, de manera expresa, voluntaria, previa, explícita, informada a la Cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS, a quien la represente o a quien ceda sus derechos, para que consulten, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, notifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba, disponga y envíe mis datos personales, lo que incluye toda información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, así como los datos que la cooperativa tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en su objeto social y que se han incorporado en las distintas bases de datos o repositorios con que cuenta la cooperativa a/con terceros con quienes tenga convenio vigente o relación jurídica alguna la Cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS. Manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, conforme a la “Política de tratamiento de la Información” de COOPEBIS a la cual puedo acceder en cualquier momento a través de la página web www.coopebis.coop, en su pie de página. COOPEBIS cuenta con una infraestructura administrativa destinada, entre otras funciones, a asegurar la debida atención de requerimientos, peticiones, consultas, quejas y reclamos relativos a la protección de datos, a fin de garantizar el ejercicio de los derechos contenidos en la constitución nacional y la ley. Así las cosas, declaro que he sido informado de los diferentes canales de comunicación con que cuenta la Cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS que tienen como fin ejercer los derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento (siempre y cuando no tenga relación contractual alguna) otorgado para el tratamiento de datos personales.

DECLARACIONES Y ACEPTACIONES

Declaro que la información suministrada en este formulario concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de esta. Autorizo de forma permanente e irrevocable a Coopebis, para verificar la información suscrita en este formulario. Acepto la calidad de Asociado a Coopebis, su Estatuto y reglamentos, así mismo acepto que el valor a aportar está sujeto al sueldo que devengo y tendrá el correspondiente incremento anual. En caso de estar vinculado como trabajador a alguna empresa, mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, así como cualquier otra suma que resultare a mi favor, garantizarán cualquier saldo a mi cargo en caso de retiro de la cooperativa. Si mi vinculación es como asociado indepediente, o en caso de que no se efectúe el descuento por nómina o el descuento a través de medios virtuales de pago, me comprometo efectuar aportes sociales por ventanilla o cualquier otro canal de pago habilitado por la cooperativa, de acuerdo con el monto establecido, de manera mensual y oportuna. Declaro expresamente que mis ingresos y bienes provienen del desarollo de mi actividad económica principal. Declaro que el origen de mis recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas. Igualmente declaro que no admitiré que terceros manejen depósitos a mis cuentas y, de ninguna manera si estos provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a Coopebis para que obtenga de cualquier fuente de información, referencias relativas a mi persona, para reportar y consultar a las Centrales de Información o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente. Autorizo a Coopebis a realizar actualizaciones de datos, y al envío de notificaciones e información comercial de forma permanente e irrevocable y mientras existan vínculos comerciales, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, WhatsApp, comunicación telefónica fija y móvil y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro Coopebis identifique como sitios de localización. Estoy informado de mi obligación de actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que solicite la Cooperativa por cada producto o servicio que utilice, por lo menos una vez al año y me comprometo a dar cumplimiento a esta obligación durante la vigencia del vínculo. No obstante, la información actual estará vigente hasta tanto no la notifique, entendiendo que en caso de incumplimiento Coopebis estará en libertad de cancelar el presente vínculo. Autorizo la utilización de la Biometría como medio de identificación. En caso de autorizar débito automático para el pago de aportes sociales, esta suma podrá ser modificada con arreglo a las condiciones contractuales del (los) producto (s) o servicio(s) por mi tomados, para lo cual bastará con una comunicación enviada por COOPEBIS al banco informando tales modificaciones, adicionalmente autorizo a la entidad financiera registrada a debitar de mi cuenta, en una fecha diferente a la inicial prevista y determinada entre COOPEBIS y el firmante de este formulario, tan solo en aquellos casos de inconveniente de índole técnico u operativo que no permita debitar, de mi cuenta oportunamente. Autorizo expresamente a COOPEBIS, para que en el evento de no presentar solicitud escrita de la devolución de los documentos con los cuales se instrumentó esta operación, dentro de los 2 (dos) meses siguientes de la No aprobación de su solicitud deafiliación o de No realizarse la aplicación de su primer descuento por nómina, éstos sean destruidos o eliminados de la forma como esté contemplado en las políticas internas de la Cooperativa para el Bienestar Social COOPEBIS. **Declaro que he sido informado sobre los beneficios del Fondo Mutual de COOPEBIS y me comprometo a pagar de forma permanente y por periodos mensuales, el valor de la contribución con cargo a dicho Fondo establecido por la Asamblea General de Delegados, equivalente al 1% de un (1) SMMLV aproximado al mil siguiente, el cual no será reembolsable. Declaro que he sido informado que el beneficio de Póliza Exequial al que tengo derecho, tiene un periodo de carencia de 60 días calendario a partir del pago de mi primer aporte.**

FIRMA DEL ASOCIADO

C.C.

La cooperativa podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999

VALOR DE APORTE SOCIAL \$

HUELLA

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Fecha de realización de la entrevista

DÍA

MES

AÑO

Hora

Nombre y firma funcionario quien realizó la entrevista

Nombre y firma funcionario responsable de verificación de información

Fecha verificación

DÍA

MES

AÑO

OBSERVACIONES:

Fecha de Aprobación vinculación

DÍA

MES

AÑO

DOCUMENTOS GENERALES ANEXO

Fotocopia legible documento identidad

Documento que certifique ingresos

Para los documentos específicos por cada tipo de vinculación ver anexo Documentos de Afiliación.

FO-MER-001 VERSIÓN 21. 2025-05-12