

LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO				AGENCIA		CÓDIGO DE TERCERO
LUGAR	DÍA	MES	AÑO			

TODOS LOS ESPACIOS EN ESTE FORMULARIO DEBERÁN ESTAR DILIGENCIADOS, EN LOS QUE NO HAYA NECESIDAD DE COMPLETAR INFORMACIÓN, ESCRIBIR N/A. (NO APLICA).

Razón de diligenciamiento: Primera vez Reingreso Actualización de Datos Tipo de pago: Personal Descuento de nómina

DATOS PERSONALES

Nombre(s) y Apellidos: _____

Tipo de Identificación C.C. C.E. T.I. Número: _____

Lugar y fecha de expedición	LUGAR	DÍA	MES	AÑO	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>
Lugar y fecha de nacimiento	LUGAR	DÍA	MES	AÑO	Departamento de nacimiento _____

País: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Número de personas a cargo Número de Hijos Menores de 18 años _____

Número de Hijos Mayores de 18 años _____

Dirección residencia: _____ Barrio: _____ Ciudad / Municipio: _____

Departamento de residencia: _____ Sector: Rural Urbano Estrato: _____

Tipo de vivienda: Propia Hipotecada: SI NO Aportada por la empresa Familiar Arrendada Otra

Celular: _____ Celular en caso de emergencia: _____ Correo Electrónico: _____

Pertenece a un grupo étnico: Afrocolombiano Raizales Población Rom Reincorporación a la vida civil Indígena Ninguno

Ha realizado Curso Básico de Cooperativismo: SI NO Nivel: _____

Nivel de educación: _____ Profesión: _____

Datos del cónyuge/Compañero(a) Permanente (Si su estado civil es Casado o Unión Libre, por favor diligenciar este campo)

Nombres y apellidos del cónyuge: _____

Tipo de identificación del cónyuge: C.C. C.E. T.I. Número: _____ Celular: _____

OCUPACIÓN:	Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	Ciudad: _____
	Estudiante <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución: _____	Carrera: _____ Semestre: _____
	Independiente: <input type="checkbox"/> Formal _____ Informal _____	

SI MARCÓ ALGUNA DE LAS ANTERIORES CASILLAS (EMPLEADO, INDEPENDIENTE O PENSIONADO), POR FAVOR DILIGENCIAR EL CAMPO DE INFORMACIÓN LABORAL

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la empresa donde labora/ Actividad económica desarrollada: _____

Código CIU Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad / Municipio: _____ Departamento: _____

Cargo: _____ Tipo de contrato: Fijo Indefinido Provisional OPS Otro

Afiliación al sistema de seguridad social: Cotizante Beneficiario Sisben

Sector económico al que pertenece la empresa: _____ Fecha de Ingreso, o inicio de la actividad

DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales: \$ _____ Total activos: \$ _____ Detalle de activos: _____

Otros ingresos: \$ _____ Total pasivos: \$ _____ Detalle de pasivos: _____

Egresos mensuales: \$ _____ Total patrimonio: \$ _____

Detalle de otros ingresos: _____ Declara renta: SI NO

REFERENCIA PERSONAL O FAMILIAR

Nombres y apellidos: _____

Ciudad / Municipio: _____ Celular: _____ Parentesco: _____

BENEFICIARIO(S) DE APORTES

EN CASO DE FALLECIMIENTO Y DE CONFORMIDAD CON LO REGLAMENTADO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE DELEGADOS OFICIALES REALIZADA EL 25 DE MARZO DE 2006, EN LO RELACIONADO CON LOS APORTES A LA COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA "COOMULDENORTE" DEJO COMO BENEFICIARIO(S) DE MIS APORTES A:

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO ID	Nº IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	EDAD	%

SI AL MOMENTO DE MI DECESO LOS BENEFICIARIOS NO SON MAYORES DE EDAD, LOS RESPONSABLES DE COBRAR DICHO APORTE SERÁN:

NOMBRES Y APELLIDOS:	TIPO ID	Nº IDENTIFICACIÓN	REPRESENTANTE DE

EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN ENTREGARÁ LOS APORTES A LAS PERSONAS RESPONSABLES ASIGNADAS POR EL ASOCIADO, CUALQUIER CAMBIO DE SU DECISIÓN DEBERÁ COMUNICARLO POR ESCRITO (ACTUALIZANDO ESTE FORMATO). EN CASO DE RECLAMACIONES COOMULDENORTE SE RESERVARÁ EL DERECHO DE HACER USO DE LO NORMADO EN LOS ESTATUTOS SEGUN EL PARAGRAFO DEL ARTICULO 77.

DATOS DEL REFERIDO

Nombres de quien refiere: _____ Número de documento: _____ Celular: _____

SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y AUTORIZACIÓN

1. Me permito solicitar sea autorizado mi ingreso como asociado a **COOMULDENORTE**. Me comprometo a cumplir con lo establecido en los estatutos y reglamento.
2. Autorizo para que la cuota de admisión sea descontada del primer pago a los aportes sociales.
3. Declaro haber recibido los estatutos de la Cooperativa y el portafolio de servicios.
4. Certifico que toda la información suministrada es verídica y me comprometo a informar y actualizar en caso de cualquier cambio cada vez que se presente.
5. Acepto las condiciones establecidas en la ley Cooperativa, que rigen el sistema de economía solidaria en Colombia y me comprometo a pagar las cuotas extras que sean aprobadas por la Asamblea General de Delegados.
6. Me comprometo a actualizar la información y documentación que fuera requerida por **COOMULDENORTE**, al menos una vez al año o antes en casos de modificaciones o variaciones de la misma.
7. Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP) Y SARLAFT.

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA**, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad vigente para establecer cualquier tipo de vínculo o relación, y/o asociación a **COOMULDENORTE**.

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEP

Es usted catalogado como PEP? SI NO

¿Por su cargo maneja recursos públicos?: SI NO ¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?: SI NO

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?: SI NO

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada expuesta políticamente?: SI NO Parentesco _____

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?: SI NO ¿Cuales? _____

¿Posee cuentas en moneda extranjera?: SI NO Banco _____ Moneda _____

Nº Cuenta _____ País _____ Ciudad _____

Declaro que los recursos financieros que entrego en aportes sociales ordinarios y/o extraordinarios utilizados para la prestación de servicios de la cooperativa provienen de _____ Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

No admitiré que terceros efectúen aportes con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúe transacciones a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a saldar las cuentas y aportes que tenga en esta cooperativa en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a **COOMULDENORTE** de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera expresa a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES DE COLOMBIA "COOMULDENORTE" NIT 807.007.570-6** para dar tratamiento a mis datos personales, en los términos de las Leyes 1581 de 2012, reglamentada mediante decreto 1377 de 2013, 1266 de 2008, y 2157 de 2021, según la Política para el tratamiento de Datos personales que manifiesto conocer y se encuentra publicada en la página web www.coomuldenorte.com.co

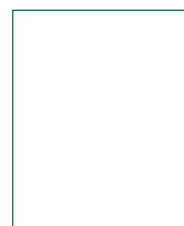
AUTORIZO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE A COOMULDENORTE PARA:

1. Enviar mensajes de texto, relativos a mi relación con la Cooperativa, al teléfono móvil reportado como de mi propiedad. SI NO
2. Enviar mensajes de correo electrónico, relativos a mi relación con la Cooperativa, a la cuenta de correo electrónico reportada como de mi propiedad. SI NO
3. Publicar mi imagen en las redes sociales, página web y cualquier otro medio de comunicación de **COOMULDENORTE**. SI NO

Con la presente firma y huella autorizo y acepto todo el contenido del presente formato

Firma: _____

C.C./T.I.: _____



ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

ENTREVISTA: Medio de realización de la entrevista: Telefonico: Presencial:

Fecha de realización: _____ Nombre del funcionario que realiza la entrevista: _____ Firma: _____

OBSERVACIONES: _____

VERIFICACIÓN: Medio de realización de la entrevista: Telefonico: Presencial:

Fecha de realización: _____ Nombre del funcionario que realiza la entrevista: _____ Firma: _____

OBSERVACIONES: _____

Espacio solo para reingresos La presente solicitud fue estudiada y aprobada según acta Numero: _____ del Consejo de Administración en la fecha: _____