



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LOS TRABAJADORES
JUBILADOS Y PENSIONADOS DEL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO
PERSONERÍA JURÍDICA No. 01951 Dic. 3/61

Aportes	Valor \$	%
Fondo Mutual Inicial		
Total		

SOLICITUD DE INGRESO

PAGO POR CAJA

PAGO POR NÓMINA

FECHA RECEPCIÓN			FECHA INGRESO SISTEMA		
M	A	D	M	A	D

DATOS PERSONALES

Apellidos				Nombres			
Tipo Identificación T.I. __C.C. __C.E. N°	Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad	Sexo M __ F __	
Dirección		Barrio	Ciudad	Departamento	Estrato	Comuna	
Celular	Teléfono Fijo	Correo Electrónico					
Nivel de Escolaridad: 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Tecnología 5. Universitaria 6. Especialización 7. Maestría 8. Doctorado 9. Postdoctorado <input type="checkbox"/>			Título Obtenido:		Estado Civil: Soltero __ Casado __ Unión Libre __ Separado __ Divorciado __ Viudo __		Personas a Cargo
Madre Cabeza de Familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Emprendimiento:				

DATOS LABORALES Y FINANCIEROS

Jubilado __ Pensionado __ Empleado __ Independiente __

Empresa/Fondo de Pensiones		Dirección Empresa		Teléfono Empresa	Tipo de Contrato Fijo __ Indefinido __	
Ingreso Mensual	Ingresos Adicionales	Descripción Ingresos Adicionales		Egresos Mensuales	Cargo	
Fecha de Ingreso a la Empresa:				Dependencia		
Activos \$	Pasivos \$	Patrimonio \$		Vivienda: Propia __ Familiar __ Alquilada __		
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera Si __ No __			Posee Cuentas en Moneda Extranjera Si __ No __ No. de Cuenta: _____			
Cual: _____			Moneda _____ Banco _____ Ciudad _____ País _____			
Actividad Económica:				Código CIU	Maneja Dinero del Estado Si __ No __	P.E.P Si __ No __

REFERENCIAS

Nombres y Apellidos (Familiar)		Dirección	Teléfono
Nombres y Apellidos (Personal)		Dirección	Teléfono

DATOS FAMILIARES

En el Nivel de Escolaridad marque así: 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Tecnología 5. Universitaria 6. Especialización 7. Maestría 8. Doctorado 9. Postdoctorado

Parentesco	Identificación T.I. __C.C. __C. E __ N°	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad
Parentesco	Identificación T.I. __C.C. __C. E N°	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad
Parentesco	Identificación T.I. __C.C. __C. E N°	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad
Parentesco	Identificación T.I. __C.C. __C. E N°	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad
Parentesco	Identificación T.I. __C.C. __C. E N°	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad
Parentesco	Identificación T.I. __C.C. __C. E N°	Nombres y Apellidos		Fecha de Nacimiento
Dirección		Teléfono	Celular	Nivel de Escolaridad

DATOS DEL CÓNYUGE

Nombres y Apellidos									
Identificación: T.I. __ C.C. __ C.E. __ No.		Fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Edad	Sexo M __ F __		
Dirección Residencia			Barrio	Ciudad	Departamento	Estrato	Comuna		
Celular		Teléfono Fijo		Correo Electrónico					
Nivel de Escolaridad: 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Tecnología 5. Universitaria 6. Especialización 7. Maestría 8. Doctorado 9. Postdoctorado <input type="checkbox"/>				Título		Estado Civil: Soltero __ Casado __ Unión Libre __ Separado __ Divorciado __ Viudo __		No. Personas a Cargo	
Empresa Donde Labora		Dirección Empresa			Teléfono Empresa		Cargo		Salario

REGISTRO DE BENEFICIARIOS PARA SEGUROS, AUXILIOS U OTROS. Bajo la gravedad del juramento declaro que es mi voluntad que los beneficiarios de los valores que figuran a mi favor en COVIEMCALI por conceptos de seguros, auxilios u otros sean las siguientes personas;

Nombres y Apellidos	Identificación:	%	Nombres y Apellidos	Identificación:	%
Nombres y Apellidos	Identificación:	%	Nombres y Apellidos	Identificación:	%
Nombres y Apellidos	Identificación:	%	Nombres y Apellidos	Identificación:	%
Nombres y Apellidos	Identificación:	%	Nombres y Apellidos	Identificación:	%

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente e irrevocable a COVIEMCALI, para que exclusivamente con fines estadísticos de control, supervisión y de información interbancaria, consulte y reporte a las Centrales de Información Financiera o a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos propósitos, el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o que se lleguen a contraer.

La presente autorización comprende además, el reporte de información referente a la existencia de deudas vencidas y sin cancelar hasta el momento en el cual se extingue la obligación y en todo caso durante el tiempo del incumplimiento.

No solo faculto a COVIEMCALI a reportar, procesar y divulgar el manejo de los datos comerciales, personales y económicos a la Central de Información Financiera, sino también a solicitar información sobre mis relaciones comerciales con el sistema financiero, cooperativas y empresas del sector real y que los datos sobre mí reportados sean procesados para el logro del propósito de la Central de Información Financiera y se compartan con fines comerciales, de conformidad con los reglamentos vigentes de la misma.

Soy conocedor de la obligación de entregar la información que solicite COVIEMCALI por cada producto o servicio que utilice. Igualmente, del compromiso de actualizar los datos personales una (1) vez al año.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES LÍCITAS

1. Declaro que los recursos o bienes descritos en el FORMATO DE SOLICITUD DE INGRESO a COVIEMCALI provienen de actividades lícitas, de conformidad con la normatividad colombiana. 2. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas, de fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 3. Que todas las actividades e ingresos provienen de actividades lícitas, por lo tanto, los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes _____ 4. Que no me encuentro en ninguna lista de reporte

Internacional o bloqueado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que en mi contra no se adelanta ningún proceso en instancias nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores. 5. Autorizo a COVIEMCALI a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a COVIEMCALI de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a COVIEMCALI para que en los términos de la ley Estatutaria 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, la cual dicta disposiciones generales para el tratamiento de datos personales, realice la recolección, almacenamiento y tratamiento de mis datos personales suministrados en este formato. Autorizo también el tratamiento de mis datos sensibles e imágenes expuestas, en cualquier medio visual como fotos y videos entre otros, como también el uso del registro fotográfico y de video realizado durante los eventos institucionales.

Autorizo a COVIEMCALI, a grabar en cualquier medio de almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones realizadas por mí y los empleados de COVIEMCALI, de acuerdo al Decreto 2555 de 2010 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Se entiende que la información obtenida, aunque es de carácter reservado, puede ser utilizada por COVIEMCALI con fines probatorios, absteniéndose de realizar divulgaciones ilícitas o fraudulentas de las mismas o darla a conocer a terceros con fines diferentes a los previstos en la ley y expreso consentimiento del asociado o cliente.

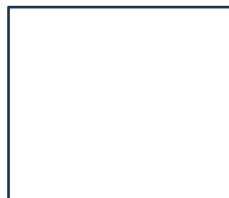
Le informamos que usted como titular de los datos tiene derecho a: conocer, actualizar y rectificar sus datos personales; solicitar corrección de datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados o que induzcan a errores y a ser informado del uso de sus datos, podrá presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, revocar y solicitar suspensión de sus datos personales. Trataremos sus datos con las siguientes finalidades: a. Cumplir con obligaciones contraídas con usted, b. Informar de cambios de nuestros productos o servicios. c. Evaluar la calidad de nuestros productos o servicios. d. Dar información comercial, publicitaria o promocional sobre nuestros productos y/o servicios, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario, hayan sido o no solicitados por usted e. Comunicarnos con usted a través de correo físico o cualquier medio electrónico, análogo o digital. f. Transferir mis datos personales con empresas asociadas y aliados estratégicos que sean necesarios para cumplir con su objeto social.

Me comprometo a pagar los aportes sociales y demás obligaciones estatutarias por cualquiera de los medios de pago establecidos por COVIEMCALI.

Recibí a entera satisfacción la información suministrada por el asesor sobre los deberes, derechos, condiciones, reglamentación interna y estatutaria vigente.

Firmo en conformidad: la AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR A CENTRALES DE RIESGO, LA DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES LÍCITAS Y LA AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES y ejercer el derecho de uso del carácter facultativo de responder las preguntas que versen sobre datos sensibles.

Firma: _____
Cedula No. _____
Fecha _____



HUELLA - _____

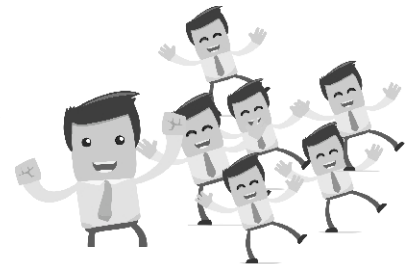
El diligenciamiento de la solicitud no implica aceptación de la asociación a COVIEMCALI.

CONFIRMACIÓN REFERENCIAS LABORALES		Fecha			Hora
Número de teléfono al que se efectuó la llamada	Con quien se contactó	D	M	A	
Información Recibida					
Funcionario que confirmó la información					

Nota: COVIEMCALI informa que de acuerdo con las cláusulas de la póliza de seguro de deuda, si el asociado padece alguna enfermedad, cirugía o condición médica y no la reporta al momento de diligenciar el formato de Solicitud de Seguro - Declaración de Asegurabilidad cuando solicite algún crédito, la compañía de seguros no se hará cargo de ningún saldo que éste tenga vigente al momento de fallecer por omisión o falsedad en la información requerida (reticencia), por lo tanto estos saldos quedarán a cargo de los beneficiarios.

Pregunte por nuestro Programa de Referidos

En COVIEMCALI tenemos un programa de referidos que le permite ganar dinero por cada persona que refiera y se convierta en un asociado efectivo.



Página Web y Redes Sociales

Les recordamos que se pueden conectar con nosotros a través de:



coviemcali.cooperativa
coviemcali



coviemcali



Instagram

cooperativacoviemcali



Mercadeo Cel. 310 7226435
Cartera Cel. 312 8710274



www.coviemcali.coop



Carrera 44 # 5 C 32 – Barrio Tequendama PBX: 6025134747 www.coviemcali.coop

ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA FAVOR NO DILIGENCIAR

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA	OBSERVACIÓN ANÁLISIS CIFIN - CRÉDITOS	
<input type="checkbox"/> Dos (2) últimos tabulados de pago <input type="checkbox"/> Fotocopia de la cedula ampliada 150% <input type="checkbox"/> Carta laboral, certificado de ingresos o extractos bancarios		
		Firma Funcionario

SEGUIMIENTO PROCESO DE AFILIACIÓN	FIRMAS	FECHA	REFERIDO POR EL ASOCIADO
Análisis y reporte CIFIN (anexo reporte)		D M A	Nombres:
Confirmación de referencias personales		D M A	Apellidos:
Consulta efectiva		D M A	Cédula:

Análisis de vinculación			
Observaciones:			
Recibió Inducción	D	M	A

APROBADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE APROBACIÓN DD MM AAAA 	
--	---------------------------------------	--

Firma Gerente

CONFIRMACIÓN REFERENCIAS PERSONALES			
Número de teléfono al que se efectuó la llamada	Con quien se contactó	Fecha	Hora
		D M A	
Información Recibida			
<hr/> <hr/> <hr/>			
			Funcionario que confirmó la información

CONFIRMACIÓN REFERENCIAS PERSONALES			
Número de teléfono al que se efectuó la llamada	Con quien se contactó	Fecha	Hora
		D M A	
Información Recibida			
<hr/> <hr/> <hr/>			
			Funcionario que confirmó la información