

Solicitud de Afiliación - Vinculación

FECHA Y LUGAR DILIGENCIAMIENTO		CIUDAD	OFICINA	AFILIACIÓN <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--------	---------	-------------------------------------	--

1. DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN PAÍS _____ DPTO. _____ CIUDAD _____	FECHA DE EXPEDICIÓN [] [] []
FECHA DE NACIMIENTO [] [] []	LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS _____ DPTO. _____ CIUDAD _____	GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	MUJER CABEZA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
APORTES Seleccione Forma de Pago NÓMINA <input type="checkbox"/> CAJA <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE HIJOS	No. PERSONAS A CARGO 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
TIENE USTED ALGÚN FAMILIAR EN LA COOPERATIVA SI <input type="checkbox"/> De ser afirmativo PARENTESCO _____ NO <input type="checkbox"/> De ser afirmativo indique NOMBRE _____		NIVEL EDUCATIVO Ninguno <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	
TÍTULO PROFESIONAL OBTENIDO		PROFESIÓN	

2. DATOS DE UBICACIÓN

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LUGAR DE RESIDENCIA PAÍS _____ DPTO. _____
TELÉFONO	MÓVIL
CORREO ELECTRÓNICO	CIUDAD LOCALIDAD
ENVÍO DE CORRESPONDENCIA RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> E-MAIL PERSONAL <input type="checkbox"/> E-MAIL LABORAL <input type="checkbox"/>	

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Marque una única casilla de actividad principal)

OCUPACIÓN ACTUAL EMPLEADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>	SI NO ES PENSIONADO, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA EMPRESA			
INFORMACIÓN DE LA PAGADURÍA O ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA				
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
CARGO ACTUAL	TIPO DE CONTRATO Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Nombramiento en Propiedad <input type="checkbox"/> Nombramiento Provisional <input type="checkbox"/> Encargo <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	FECHA DE INGRESO LABORAL [] [] []		
CORREO ELECTRÓNICO	TIPO DE ASOCIADO Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No Labora <input type="checkbox"/>			

4. DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO(A) PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CIUDAD DE EXPEDICIÓN	FECHA DE EXPEDICIÓN [] [] []
CIUDAD DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN ACTUAL Pensionado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/>	NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA CARGO T. FIJO <input type="checkbox"/> T. INDEFINIDO <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN SERVICIOS <input type="checkbox"/>	

5. DATOS FINANCIEROS

5.1. Ingresos Mensuales				
Ingresos por Sueldo	Ingresos por Pensión	Otros Ingresos	Concepto Otros Ingresos	
Procedencia de los Fondos que maneja		Valor de los Activos	Valor de los Pasivos	
5.2. Egresos Mensuales. Compromisos Vigentes con Personas Naturales, Jurídicas o Sector Financiero				
Nombre de la Entidad o Persona	Tipo de Obligación	Valor Desembolsado	Vr. Cuota	Saldo Actual
TOTAL COMPROMISOS (1)				
Valor Arrendamiento (2)	Otros (3)	Total Egresos Mensuales (1+2+3)		
TIPO DE VIVIENDA PROPIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	EXENTO DE RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ADM. RECURSOS PÚBLICOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POSEE CARRO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EXENTO DE RETENCIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Por Reconocimiento <input type="checkbox"/> Por Manejo de Recursos <input type="checkbox"/> Por Poder Público <input type="checkbox"/> Entidades con Función Pública <input type="checkbox"/>		
5.3. Operaciones Internacionales o transacciones con Moneda Extranjera				
Realiza Transacciones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	País		
5.4. Tipo de Transacción				
Préstamos <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Remesas <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Pago Servicios <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Cuáles _____			
Posee Cta. en el Exterior	Tipo de Producto	No. Producto	Entidad	País
Moneda	Recursos Mensuales	Efectivo	Cheque	Otro

6. INFORMACIÓN SOBRE PARENTESCO DE PRIVILEGIADOS

Observación. Si tiene algún parentesco o pertenece actualmente al Consejo de Administración y/o Junta de Vigilancia y/o Gerencia, favor diligenciar la siguiente información:

PERTENECE ACTUALMENTE A	ES FAMILIAR Y/O PARIENTE DE	DATOS DEL FAMILIAR O PARIENTE	
Consejo Administración <input type="checkbox"/>	Consejo Administración <input type="checkbox"/>	Nombre _____	
Junta de Vigilancia <input type="checkbox"/>	Junta de Vigilancia <input type="checkbox"/>	Identificación _____	Teléfono _____
Gerencia <input type="checkbox"/>	Gerencia <input type="checkbox"/>	E-mail _____	

7. REFERENCIAS

REFERENCIA FAMILIAR				
NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	TELÉFONO	PARENTESCO
REFERENCIA PERSONAL				
NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	MUNICIPIO	TELÉFONO	PARENTESCO

8. BENEFICIARIOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO

9. AUTORIZACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a CANAPRO a realizar las correspondientes consultas y reportes en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, dando cumplimiento a lo contemplado en la ley 1266 de 2008.

AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a CANAPRO a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para: 1. El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros. 2. La administración de los productos o servicios comercializados a través de CANAPRO de los que soy titular. 3. La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que CANAPRO establezca para tal fin. 4. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, CANAPRO podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CANAPRO, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien CANAPRO establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información. Así mismo, en mi calidad de titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a CANAPRO para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier Operador de Información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico. Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente.

10. DECLARACIONES DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que:

- La información suministrada a CANAPRO es auténtica y veraz, por lo tanto la autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que CANAPRO considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos.
- Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades lícitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos.
- Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes.
- En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en CANAPRO, sin que tal hecho genere responsabilidad para CANAPRO.
- CANAPRO queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos.
- Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con CANAPRO, provienen de actividades lícitas.

11. ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMETRÍA

Acepto con CANAPRO a partir de la presente fecha, que si realizo operaciones de acuerdo con los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, a través del sistema biométrico consistente en que cada operación la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendrá los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con la Cooperativa. Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Igualmente que la (s) huella (s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podrán ser capturadas y almacenadas en una base de datos de la Cooperativa o donde corresponda para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o haga uso de un servicio ofrecido. Igualmente la Cooperativa queda autorizada para solicitar y refrendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy CANAPRO ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la (s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones, utilizaré la(s) huella (s) dactilar (es) registrada (s) en el sistema biométrico. Pero en caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de la Cooperativa so pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que la Cooperativa pueda tomarme fotografías y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transacción y haga uso de la misma para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por la Cooperativa. Igual autorización doy para mi beneficiario (s) o cuando autorice a terceros, estos tendrán mi autorización plena para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aquí se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos, igual hago en el evento que se implante o use cualquier otro medio adicional de identificación. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operación realizada con la Cooperativa.

12. ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

Firma del Asociado	Huella del Asociado
--------------------	---------------------

13. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA

Oficina de Vinculación _____	Ejecutivo de Afiliación _____	Fecha de Corte _____
Forma de Pago: Caja <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/>	Fecha de Radicación _____	Funcionario que Recibe _____
Fecha _____	Información verificada por:	Valor Aporte Mensual
Hora _____	Nombre _____	
	Firma _____	
	Fecha _____	
		Hora _____