



COOPERATIVA DE EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS DEL SECTOR EDUCATIVO

SOLICITUD DE AFILIACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

CIUDAD	FECHA			INGRESO	ACTUALIZACIÓN
	DIA	MES	AÑO		

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:				
FECHA DE NACIMIENTO						GENERO		ESTADO CIVIL		
DIA		MES		AÑO		MUNICIPIO		DPTO		
								F	M	
								CASADO	U.LIBRE	
								SOLTERO	OTRO	
TIPO DE DOC	CC	CE	T.I	PA	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN		NACIONALIDAD		MUJER CABEZA DE FAMILIA	
N°					DIA	MES	AÑO	LUGAR	SI	
									NO	
DIRRECCION DE RESIDENCIA				CIUDAD DE RESIDENCIA		TELEFONO FIJO		CELULAR		ESTRATO
TIPO DE VIVIENDA			PROPIA		ARRIENDO		FAMILIAR			
E-MAIL PERSONAL										

NIVEL DE ESCOLARIDAD

PRIMARIA	BACHILLERATO	TECNICO	TECNOLOGO	UNIVERSITARIO	ESPECIALIZACIÓN
MAESTRIA	DOCTORADO	OTROS			

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE EMPRESA		SEDE		CIUDAD		FECHA DE INGRESO	
DIR DONDE LABORA			CEL.				
CARGO							

INFORMACIÓN ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL					DECLARA RENTA	SI	NO
INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES			
INGRESOS (Derivados de su actividad principal)		\$		GASTOS MENSUALES		\$	
OTROS INGRESOS		\$					
¿ Descripción de otros ingresos?							

INFORMACIÓN PATRIMONIO

(Bienes Inmuebles, Vehiculos, Inversiones y otros)		
TIPO DE ACTIVO (CASA, APTO, LOTE, CARRO, INVERSIONES, OTROS)	DESCRIPCION (Dirección, Marca, Modelo, Entidad)	VALOR COMERCIAL

OBLIGACIONES FINANCIERAS

PASIVO	\$	OTRAS	\$
Realiza transacciones en moneda extranjera			
SI	NO	CUALES: (Importaciones, exportaciones, transacciones, creditos, inversiones, otros)	
País	Moneda	Monto	Nombre de la entidad

PEPs (Personas expuestas política o públicamente)

Maneja recursos públicos	SI	NO	Tiene reconocimiento público	SI	NO	CUAL:
Ejerce algún grado de poder público	SI	NO	CUAL:			
Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad.				SI	NO	CUAL:

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC.	NUMERO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	GENERO	%	FECHA DE NACIMIENTO		
						DIA	MES	AÑO

ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que: Todos los recursos y/o bienes que poseo provienen de actividades lícitas(**detalle ocupación, oficio, actividad o negocio**) _____. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiana o cualquier norma que lo modifique o adicione.

Firma del Declarante _____

AUTORIZACION TRATAMIENTOS DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013 autorizo, como Titular de los datos, que estos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de COEMASED , siendo tratados los datos personales, datos sensibles(Huella dactilar, imágenes, videos), con la finalidad principal de desarrollar el objeto social de la cooperativa frente a los asociados y su grupo familiar y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias de COEMASED , en condición de entidad sin ánimo de lucro aporte y crédito, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contrato frente a los titulares de los mismos.

Autorizó si es el caso, en calidad de representante legal del menor , que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de COEMASED,para que sean tratados con la finalidad del objeto social de la entidad, así como actividades comerciales, industriales y de servicios que contribuyan al mejoramiento económico, social y cultural de sus familias.

Declaro haber sido informado que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección , supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a las oficinas de COEMASED o al correo electrónico gerencia @coemased.com

De igual modo, declaro, que la información aportada en el presente documento es veraz y me comprometo a actualizar anualmente o cada vez que así lo solicité COEMASED , suministrando la totalidad de los soportes documentos exigidos.

AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Autorizó a COEMASED , en virtud de la ley 1266 de 2008 Decreto 1727 de 2009 Habeas Data Financiero, para que exclusivamente con fines de información comercial y financiera , consulte, registre y circule datos en las centrales de riesgo y demás fuentes que disponga COEMASED,sobre todas las operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubiera otorgado o me otorguen a futuro. Autorizo a COEMASED para que consulte las lista vinculantes y demás listas dando cumplimiento a las normas de prevención de Lava de Activos y Financiación del Terrorismo.

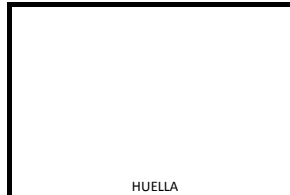
Al solicitar la afiliación a COEMASED, me comprometo aceptar los estatutos, los reglamentos y las disposiciones en General de la Entidad. Declaro que la información consignada es verídica y que el origen de mis recursos provienen de actividades lícitas. En caso de que la cooperativa sea vinculada a un proceso de Lavado de Activos Financiación del Terrorismo por mi causa, soy consciente que la cooperativa iniciara un proceso de acción de repetición.

Autorizo me sea enviado a mi correo electrónico, notificaciones, extractos, eventos e información pertinente de la cooperativa.

SI NO

Firma del Asociado

CC



HUELLA

USO EXCLUSIVO DE COEMASED

ENTREVISTA

Vo. Bo. Administración

OBSERVACIONES: