



UNICOMAYORCUN.
COOPERATIVA MULTIACTIVA DE EMPLEADOS Y PERSONAS
ADSCRITAS A LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
Personería Jurídica Resolución 414 de marzo 9 de 1989
Nit.No.800.075.818-1

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE ASOCIADOS

Código: **C-DE-01**
Fecha: 15/08/18
Versión: 02

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato:	Vinculación nuevo Asociado <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/>
--	---

INFORMACION GENERAL

Apellidos y Nombres:			
No. De identificación	Fecha de expedición:	Lugar de expedición:	Estado civil:
Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Ciudad de nacimiento:	
Email personal:		Teléfono celular:	Nivel educación:
Dirección de residencia:		Barrio:	Estrato:
vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>	Vlr arriendo: \$	Posee vehículo propio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene personas a cargo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cuántas:	Es usted padre o madre cabeza de familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Número de hijos:	Ocupación: Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Empresa en que labora:	
Fecha de ingreso:	Tipo de contrato laboral:	Código CIU:	
Cargo que desempeña:		Dependencia:	
Email institucional:		Teléfono empresa:	Salario:
Actividad económica: Asalariado	¿Por su tipo de contratación autoriza el doble descuento para los meses de junio y julio de cada año? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Banco:	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	No. De cuenta	
Vlr aporte mensual: \$	Porcentaje de aporte mensual: 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% <input type="checkbox"/> 8% <input type="checkbox"/> 9% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/>		
Autorizo Descuento de Servicios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Clase de Vínculo con Unicolmayor: Pensionado <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>		
Referido por:			

REFERENCIAS PERSONAL (2) Y FAMILIAR (1) (no pueden convivir con el asociado)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELEFONO

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales:	Egresos mensuales:
Otros ingresos mensuales:	Otros egresos mensuales:
Total Activos:	Total Pasivos:

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí No ¿Cuál?

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si No

En caso afirmativo, indique cuales:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Autorización descuento nomina: Autorizo el descuento por nómina de las cuotas por concepto de aportes y amortización de los créditos, servicios adquiridos y cuotas ordinarias aquí mencionada y los aumentos anuales a que haya lugar, así como las cuotas extraordinarias que fije la Asamblea de Asociados. Igualmente autorizo a mi empleador para descontar de los salarios, prestaciones e indemnizaciones a que tengo derecho y /o fondo de cesantías en donde las tengo consignadas, para que en caso de realizarse la liquidación definitiva de éstas sea descontado y pagado directamente el saldo insoluto que le adeudo a la **UNICOMAYORCUN**

Autorización consulta centrales de riesgo: Actuando libre y voluntariamente en mi calidad de titular de información, autorizo de manera expresa e irrevocable a la UNICOOMAYORCUN o a quien represente sus derechos: 1..A consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información -CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mí actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Autorización tratamiento de datos personales: Autorizo a la UNICOOMAYORCUN: 1.Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, centrales de información del Sector Financiero, la empresa con la cual tengo el vínculo de trabajo, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la UNICOOMAYORCUN con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. 2. Para que utilice fotografías en donde yo aparezca para publicidad y presentaciones y el aplicativo de la Cooperativa. 3. A que me envíen mensajes de texto y correos electrónicos recordándome mis obligaciones o promocionando los servicios que presta la UNICOOMAYORCUN 3. Grabar y conservar en cintas magnetofónicas, registros digitales o en cualquier otro medio que considere idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y la UNICOOMAYORCUN y/o las entidades externas que la UNICOOMAYORCUN autorice, la información obtenida y recopilada estará sujeta a reserva en la forma prevista por la Ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por las entidades así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro propósito comercial.

Autorización de destrucción de documentos: La UNICOOMAYORCUN estará libremente facultada para aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento. En caso de que la presente solicitud sea negada autoriza irrevocablemente a que todos los documentos que entregamos para el estudio no nos sean devueltos y sean destruidos después de quince (15) días calendario de la decisión del rechazo.

PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA

¿Maneja o ha manejado recursos públicos? Sí No ¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público? Sí No

¿Goza o ha gozado de reconocimiento público? Sí No ¿Existe un vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta Si No / En caso de respuesta afirmativa indique (nombres e identificación)

En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150% con firma y huella Si No

Empleados: Desprendible de nómina Si No

Catedráticos: Resolución y desprendible de nómina Si No

Pensionados: Copia desprendibles de pago, certificación o resolución de la pensión Si No

AUTORIZACION DE ENTREGA DE APORTES

Informo que en caso de fallecer siendo asociado de UNICOOMAYORCUN, los saldos a mi favor sean entregados a las siguientes personas, que en caso de ser menores de edad y como su representante legal autorizo a que sus datos sean incorporados a una base de datos de responsabilidad de UNICOOMAYORCUN. Declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer el derecho de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de estos datos, mediante escrito dirigido a la UNICOOMAYORCUN

No. Cédulas de Ciudadanía	Beneficiarios (nombres y Apellidos)	Parentesco	Porcentaje

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma

RESPONSABLE ENTREVISTA

RESPONSABLE GRABACIÓN SISTEMA

NOMBRE NOMBRE

FECHA FECHA

VERIFICACIÓN (para uso exclusivo de UNICOOMAYORCUN oficial de cumplimiento)

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de la información, los documentos y las consultas en listas vinculantes.

Fecha: Nombre y firma del empleado que realizó la verificación y las consultas: No. de Consulta:

Observaciones