Aportes	%

COOERICSSON

HOJA DE VIDA ASOCIADO

Fecha de Diligenciamiento		
Año	Mes	Dia

<- SOLICITUD DE INGRESO
<- ACTUALIZACION DE DATOS

1.VINCULO ESTATUTARIO

Yo, _____ ,identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con la presente solicito se me admita como Asociado y/o se me actualicen los datos de la COOPERATIVA. Expreso que cumplo con los requisitos para ser asociado y que conozco y me someto a sus Estatutos y Reglamentos.

2.DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Identificación				Número de Identificación	Ciudad de Expedición	Fecha de Expedición			Fecha de Nacimiento		
	C.C.		C.E.			Año	Mes	Dia	Año	Mes	Dia
	NIT		T.I.								

Ciudad de Nacimiento	Estado Civil					Sexo		Num de Hijos		Nùmero de Personas a Cargo	
		Soltero		Viudo (a)		Union Libre		Masculino	Mujer Cabeza de Flia		Menor de 18 años
		Casado (a)		Divorciado (a)				Femenino	SI / NO		Mayor de 18 años

Estrato Socieconómico						Empleado de Cooericsson		Tiene usted algún familiar empleado de Cooericsson			
	1		3		5		SI		SI	De ser afirmativo, indique	Parentesco
	2		4		6		NO		NO		Nombre

Nivel Educativo		Primaria		Tecnico		Univ		Ninguno		Título profesional obtenido	Profesión
		Secundaria		Tecnologo		Posgrado		Otro,Cual:			

3.DATOS DE UBICACIÓN

Dirección de Residencia	Barrio	Municipio	Departamento	Correo Electrònico	Nùmero de Celular

Telefono Fijo	Tiempo de Residencia		Tipo de Vivienda				Si es arrendada, describa:	Nombre del arrendador			
	Años	Meses		Propia	Familiar		Arrendada		Canon		Telefono

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

Ocupaciòn Actual						Si es pensionado,escriba el nombre de la entidad.	Actividad Económica CIIU
	Empleado		Pensionado		Hogar		
	Independiente		Estudiante		Cesante		

Informaciòn de la empresa o establecimiento donde trabaja

Nombre/ Razòn Social	Dirección	Municipio	Departamento	Telèfono

Tipo de Contrato					Fecha de Vinculacion al Ultimo Empleo			Cargo que desempeña	Declara renta	
	Indefinido		Termino Fijo	Prest. Servicios	Año	Mes	Dia			SI
	Honorarios		Hora labor							NO

Si es persona independiente o comerciante		Dirección de Correspondencia	Barrio	Municipio	Departamento	Teléfono
Nùmero de empleados	Describa brevemente la actividad					
	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS					

SI_____ NO _____

5.DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Identificación				Número de Identificación	Ciudad de Expedición	Fecha de Expedición			Fecha de Nacimiento		
	C.C.		C.E.			Año	Mes	Dia	Año	Mes	Dia
	NIT		T.I.								

Ocupación Actual						Nombre de la Empresa donde trabaja					
	Empleado		Pensionado		Hogar	Cargo					
	Independiente		Estudiante		Cesante	Tipo de contrato		Fijo		Indefinido	Prestaciòn de Servicios
Valor Ingresos	$					Valor Egresos $					

6. REFERENCIAS

Referencia Familiar					
Nombres y Apellidos	Direcciòn	Municipio	Departamento	Telefono/ celular	Parentesco
Referencia Personal					
Nombres y Apellidos	Direcciòn	Municipio	Departamento	Telefono/ celular	Relación

7. INFORMACIÒN DE BENEFICIARIOS Y PERSONAS A CARGO

Manifiesto, que es mi voluntad que de acuerdo con lo dispuesto en la ley, en caso de fallecimiento mis aportes, y el seguro (si lo hubiere) que ampara los mismos, sean entregados a:

Fecha de Nacimiento	Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Nùmero de Documento	Parentesco	%

Igualmente declaro, que si alguno o algunos de los relacionados anteriormente no se presentan a reclamar el dinero en un plazo de doce (12) meses contados a partir de mi fallecimiento,el valor correspondiente sea entregado por partes iguales a los demas beneficiarios indicados anteriormente.
En caso de que se solo exista un beneficiario (100%) y no se presente a reclamar el dinero en un plazo de doce (12) meses contados a partir de mi fallecimiento, el valor correspondiente

Entregar a: _____**Parentesco**_____ **No. Cedula:** _____

8.INFORMACION SOBRE PARENTESCO DE PRIVILEGIADOS

Observacion : Si tiene algún parentesco o pertenece actualmente al Consejo de Administración y/o Junta de Vigilancia y/o Gerencia, favor diligencie lo siguiiente:

Pertenece Actualmente a	
	Consejo de Administraciòn
	Junta de Vigilancia
	Gerencia y/o Subgerencia

Es familiar y/o pariente de			
	Miembro de Consejo Admon		Gerente
	Miembro Junta de Vigilancia		Subgerente

Datos del pariente		
Apellidos		Nùmero Identificaciòn
Nombres		

9. DATOS FINANCIEROS

9.1 Ingresos Mensuales

Ingreso por Sueldo	Ingreso por Pension	Otros Ingresos Mensuales
		$_____Provienen de: _____
		De: _____

Procedencia de los Fondos que Maneja:				Valor de los Activos	Valor de los Pasivos
Mis Ingresos Provienen de :					
No. Cuenta para realizar transferencias					

9.2 Egresos Mensuales

Compromisos Vigentes con Personas Naturales, Juridicas ó Sector Financiero

Nombre de la Entidad o Persona	Tipo de deuda						Vencimiento AAAA/MM/DD	Saldo Actual	Valor Cuota Mensual	Garantía
		T.Cr		Obli		Otro				
		T.Cr		Obli		Otro				
		T.Cr		Obli		Otro				
									Total Compromisos (A):	$

Valor Arrendamiento: (B)	OTROS EGRESOS (Salud, Alimentación, Vestido, Educación y Otros) (C)	TOTAL EGRESOS MENSUALES (A+B+C):

9. ACTIVOS

Descripcion de Otros Activos				Valor Comercial
Apto/Casa	Hipoteca		Valor	
Apto/Casa	Hipoteca		Valor	
Vehiculo	Pignorado		Valor	
Vehiculo	Pignorado		Valor	

PARA RELIZAR TRANSFERENCIAS A SU NOMBRE INDIQUE BANCO_____, NUMERO_____CC._____AH_____

10.OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza Operación en Moneda extranjera		SI		NO

En caso de realizar transacciones en Moneda Extranjera favor diligenciar los siguientes items:

Nombre de la Moneda en que realiza las transacciones:	Tipo de Operación :				Descripcion de las Operaciones en Moneda Extranjera
		1. Importaciones		5. Prestamos en Mon Extr	
		2. Inversiones		6. Pago de Servicios	
		3. Exportaciones		9. Otros. Cuales:	
		4. Transferencias		_____	

Nombre Entidad Internacional	Numero de Cuenta de la Entidad Extr.	Ciudad	Pais

11.AUTORIZACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a LA ENTIDAD 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 DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a LA ENTIDAD 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 LA ENTIDAD 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 LA ENTIDAD establezca para tal fin.

4. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, LA ENTIDAD 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 LA ENTIDAD, 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 LA ENTIDAD 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 LA ENTIDAD 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.

12.DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que:

1. La información suministrada a LA ENTIDAD 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 LA ENTIDAD 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.

2. Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades licitas 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.

3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes.

4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en LA ENTIDAD, sin que tal hecho genere responsabilidad para LA ENTIDAD.

5. LA ENTIDAD 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 credicticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos.

6. 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 LA ENTIDAD, provienen de actividades licitas.

13. ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMETRÍA

Acepto con LA ENTIDAD a partir de la presente fecha, que si realizo operaciones de acuerdo on 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 ENTIDAD SOLIDARIA. 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 unabase de datos de la ENTIDAD SOLIDARIA 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 ENTIDAD SOLIDARIA queda autorizada para solicitar y refrendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy LA ENTIDAD 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 todo 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 ENTIDAD SOLIDARIA pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que la ENTIDAD SOLIDARIA 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 ENTIDAD SOLIDARIA. 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 operacion realizada con la ENTIDAD SOLIDARIA.

14.ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

			Fecha
Firma del Asociado	Huella Indice Derecho	Diligenció	Verificó

15.ESPACIO RESERVADO PARA LA ENTIDAD SOLIDARIA

Resultado de la visita o entrevista al asociado

Lugar	Fecha			Hora	Nombre de la persona que realiza la entrevista	Cargo	Persona Expuesta Públicamente PEP			
	Año	Mes	Dia					SI		NO

Concepto:

Nombre del empleado de la ENTIDAD SOLIDARIA que confirma las referencias y datos	Fecha			Hora	Nombre de la persona que suministró la informaciòn
	Año	Mes	Dia		
Firma quién verifica y valida datos	**Firma Aprobación Gerente**				

DOCUMENTOS ANEXOS:

PENSIONADOS
* Fotocopia Ampliada del Documento de Identidad 150%
* Fotocopia último desprendible de pago (pensionados).

EMPLEADOS Y/O INDEPENDIENTES
* Carta Laboral que incluya, tipo de contrato, sueldo, antigüedad y cargo (Nuevos)
* Certificacion contador publico, Movimientos bancarios
* Ultimo desprendible de Pago (Activos)