



COOPERATIVA DEL MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA



FORMULARIO VINCULACION-
ACTUALIZACION VERSION 2, SEPTIEMBRE
2017

FECHA, HORA Y LUGAR DILIGENCIAMIENTO							SOLICITUD DE INGRESO
DIA	MES	AÑO	HORA	CIUDAD			<input type="checkbox"/>
							ACTUALIZACION DATOS <input type="checkbox"/>

1. VINCULO ESTATUTARIO

Yo, _____, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, con la presente solicito se me admita como Asociado (a) de la COOPERATIVA DEL MAGISTERIO DE CUNDINAMARCA - COOMAGISCUN- y expreso que cumplo con los requisitos para ser asociado y que conozco y me someto a sus Estatutos y Reglamentos. Que lo (a) motiva para vincularse a COOMAGISCUN _____

2. DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo Identificación	Número de Identificación	Ciudad de Expedición	Fecha de Expedición	Fecha de Nacimiento
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>			DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

Ciudad de Nacimiento	Estado Civil	Género	No. Hijos	No. Personas a Cargo
	Soltero <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Mujer Cabeza Familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Estrato Socio Económico	Empleado de COOMAGISCUN	Tiene usted algún familiar empleado en la cooperativa
1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> De ser afirmativo, indique Parentesco _____ No <input type="checkbox"/> Nombre _____

Nivel Educativo	Título Profesional Obtenido	R.H
Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	Profesión _____	

3. DATOS DE UBICACIÓN

Dirección de Residencia	Barrio	Municipio	Teléfono	Correo Electrónico

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

Ocupación Actual	Si es pensionado, escriba el nombre de la empresa
Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	

Información de la pagaduría o establecimiento donde trabaja

Nombre / Razón Social	Dirección	Municipio	Departamento	Teléfono

5. DATOS DEL CÓNYUGUE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo Identificación	Número de Identificación	Ciudad de Expedición	Fecha de Expedición	Fecha de Nacimiento
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>			DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

Ciudad de Nacimiento	Ocupación Actual	Nombre Empresa Donde Trabaja
	Pensionado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/>	

Cargo	Tipo de Contrato
	T. Fijo <input type="checkbox"/> Término Indefinido <input type="checkbox"/> Prestación Servicios <input type="checkbox"/>

6. REFERENCIAS

Referencia Familiar				
Nombres y Apellidos	Dirección	Municipio	Telefono	Parentesco

Referencia Personal				
Nombres y Apellidos	Dirección	Municipio	Telefono	Relación

7. 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 diligencie lo siguiente:

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	<input type="text"/>
Junta de Vigilancia <input type="checkbox"/>	Junta de Vigilancia <input type="checkbox"/>	Identificación <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Gerencia <input type="checkbox"/>	Gerente <input type="checkbox"/>	Email	<input type="text"/>

8. DATOS FINANCIEROS

8.1. 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

8.2. Egresos Mensuales

Compromisos Vigentes con Personas Naturales, jurídicas o Sector Financiero							
Nombre de la Entidad o Persona	Tipo de Obligación			Vence ddmmaaaa	Saldo Actual	V/r mensual	Garantía
	T.Cr	Obli	Otro				
	T.Cr	Obli	Otro				
	T.Cr	Obli	Otro				
	T.Cr	Obli	Otro				
TOTAL COMPROMISOS (1)							
Valor Arrendamiento (2)		Otros (3)		Total Egresos mensuales 1+2+3			

9. AUTORIZACIONES

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a COOMAGISCUN 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.

AUTORIZACION DATOS PERSONALES

En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a COOMAGISCUN a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para:

- 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.
- La administración de los productos o servicios comercializados a través de COOMAGISCUN de los que soy titular.
- La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que COOMAGISCUN establezca para tal fin.
- La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, COOMAGISCUN 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 COOMAGISCUN, 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 COOMAGISCUN 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. sí mismo, en mi calidad de titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a COOMAGISCUN 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:

1. La información suministrada a COOMAGISCUN 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 COOMAGISCUN 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 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.
3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuar 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 COOMAGISCUN, sin que tal hecho genere responsabilidad para COOMAGISCUN.
5. COOMAGISCUN 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.
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 COOMAGISCUN, provienen de actividades lícitas.

11. ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMETRÍA

Acepto con COOMAGISCUN 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 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 COOMAGISCUN 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 Cooperativa 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 operacion realizada con la Cooperativa.

12. ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

		Nombre de quien recomienda	
Firma del Asociado	Huella del Asociado	Firma de quien lo recomienda	Huella

13. ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

ADMISIÓN

Aprobada		No. De Resolución		No. Asociado			
Aplazada		Fecha		No. Seguro			
Negada		No. Acta C.A.				Firma Presidente C.A.	Firma Gerencia

Empleado de la Cooperativa que confirma las referencias y datos

Nombre		C.C.	
Cargo		Fecha	Nombre de la persona que suministro la información
Firma quien verifica y valida los datos			

Documentos anexos

1. Fotocopia ampliada del documento de identidad 150%
2. Fotocopia último desprendible de pago
3. Fotocopia de la resolución de nombramiento en propiedad (Solo Docentes Activos)