



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA EDUCACIÓN NACIONAL
"COPEMEN"
860.032.715-5

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO

FA 002

FECHA	CIUDAD	CODIGO
-------	--------	--------

1. INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DE IDENTIFICACIÓN		RC	TI	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		CE		PAS	PPT	
EXPEDICIÓN DOCUMENTO	DIA	MES	AÑO	PAÍS RESIDENCIA	ESTADO CIVIL	
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	NACIONALIDAD	GENERO	F M
No. DE PERSONAS A CARGO	No. CELULAR	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL					BARRIO	
CIUDAD RESIDENCIA	ESTRATO SOCIAL	No. DE HIJOS	CABEZA DE FAMILIA	SI	NO	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	Rural	Urbana	Pose Vivienda propia	
NIVEL DE EDUCACIÓN	Primaria	Secundaria	Técnico o tecnólogo	Universitario (Pregrado)	Postgrado (especialización, maestría, doctorado)	
PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE PROTECCIÓN ESPECIAL CONSTITUCIONAL	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Niños, niñas y adolescentes <input type="checkbox"/> Mayores de 60 años <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad física, mental o sensorial <input type="checkbox"/> Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/> Persona en condición de pobreza extrema <input type="checkbox"/> Pueblos indígenas <input type="checkbox"/> Población diversa / LGBTQ+ <input type="checkbox"/> Población Afrocolombiana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
OCUPACIÓN	Empleado	Independiente	Pensionado	Estudiante	Contratista	Otro Cual?

2. GRUPO FAMILIAR - BENEFICIARIOS (% en caso de fallecimiento)

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO	%	PARENTESCO	FECHA NACIMIENTO (DIA/MES/AÑO)	No. CELULAR
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	
					DD MM AAAA	

NOTA:

Es importante que sea diligenciado fecha nacimiento en caso de relacionar hijos.

3. DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA	ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	FECHA INICIO
DIRECCIÓN DE OFICINA	TELÉFONO	CIUDAD
CARGO	TIPO DE LA EMPRESA	Privada Publica Mixta
CORREO ELECTRÓNICO LABORAL:		
TIPO DE CONTRATO:	FIJO	INDEFINIDO
	OBRA O LABOR	LIBRE NOMBRAMIENTO
		PRESTACIÓN DE SERVICIOS
		PROVISORIAL
		OTRO CUAL?

4. ENTIDAD BANCARIA (TRANSFERENCIAS)

TIPO DE CUENTA	AHORROS	CORRIENTE	N°	BANCO
----------------	---------	-----------	----	-------

5. CUOTAS DE APORTES MENSUALES

CUOTA APORTES MENSUAL (Ajustar el valor al porcentaje establecido ó si la cuota actual cumple este rango favor colocarla)	\$	DESCUENTOS	EQUIVALENCIA EN PORCENTAJE Aportes deben estar dentro del 6% y el 9% del salario ó ingresos promedio	%
		Q M		

6. REFERENCIAS: PERSONAL Y LABORAL

TIPO REFERENCIA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETO	No. CELULAR
PERSONAL		
LABORAL		

7. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES					OTROS INGRESOS				
Fijos por Salario o Pensión \$					Otros ingresos mensuales \$				
Variables por actividad \$					Especificar otros ingresos				
TOTAL INGRESOS									
8. DATOS DE CONTROL SARLAFT									
¿Administra recursos públicos?			SI	NO	¿Es una persona políticamente expuesta - PEP?			SI	NO
¿Realiza operación en moneda extranjera?			SI	NO	Detalle Tipo de operaciones:				
9. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS (DILIGENCIAR ESPACIO EN BLANCO)									
Declaro expresamente que: 1.) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes. (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):									
2.) Declaro que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen ni se destinan a actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano. 3.) Certifico que los recursos que se deriven del vínculo de asociado no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas o para la financiación de la proliferación de armas de deconstrucción masiva, trata de blancas, pedofilia y Pornografía infantil									
SI					NO				
10. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR LIBRANZA Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL									
*** Autorizo a pagaduría de la entidad donde me encuentro o en un futuro para que sea descontado de mi salario, pensión, honorarios el valor de la cuota de aportes más ahorro periódico indicado.									
***De igual forma autorizo descuentos indirectos determinados por estatutos y aprobados por asambleas como cuotas extraordinarias, actividades y cualquier otra que de origen al vínculo de asociación. Autorizo mi retiro, en caso de encontrarme relacionado en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo									
***En caso de retiro de la empresa patronal, autorizo sea descontado de mis prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, salarios, honorarios, pensión y cualquier otro valor a mi favor los saldos de créditos y demás obligaciones legales que me encuentre con la Cooperativa. Autorizo lo indicado en la Ley 1564 de 2012 regula el régimen de insolvencia en Colombia y actualizada con la ley 2445 de 2025 , y lo indicado por la Supersolidaria que mis aportes sociales individuales, quedaran afectados desde su origen a favor de la Cooperativa COOPEMEN, como garantía prendaria de las obligaciones que el asociado contraigan con este, para lo cual la Cooperativa podrá afectar las respectivas compensaciones. Tales suman son inembargables y no podrán ser grabadas ni transferidas a otros asociados ni a terceros.*									
11. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES									
***Autorizo el manejo, uso y reporte de datos personales de acuerdo a lo contemplado en el decreto 1377 del 27 de junio de 2013- reforma parcial ley 1581 de 2012 Ministerio de Industria y Comercio ***AUTORIZACIÓN ESPECIAL DATOS PERSONALES SENSIBLES: He sido suficientemente informado que con ocasión de mi vinculación a COOPEMEN se recolectarán mis huellas dactilares y que dicha actividad es considerada por la ley como tratamiento de datos sensibles. De esta forma declaro que he sido informado que por tratarse de datos sensibles no estoy obligado a autorizar el tratamiento. Igualmente, he sido informado que los datos sensibles que serán tratados son con el propósito de identificarme fehacientemente y tener certeza sobre mi identidad. ***Autorizo mi retiro, en caso de encontrarme relacionado en algún listado restrictivo referente al Lavado de Activos y financiación al terrorismo. . Acepto lo definido por la Ley 2300 de 2023. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio Autorización de imagen: Autorizo a COOPEMEN para que utilice mi imagen y la mi familia cuando sean actividades o se requiera.									
12. AUTORIZACIONES DE CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO O BANCO DE DATOS									
El abajo firmante, en su propio nombre de la entidad que representa, declara que la información suministrada es verídica y da su consentimiento expreso e irrevocable a COOPEMEN, o a quien en el futuro haga sus veces como acreedor del crédito o servicio solicitado, para:									
a) Consultar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgo o en cualquier otra base de datos manejada por un operador, toda la información relevante para conocer su desempeño como deudor, su capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener con el una relación contractual, o para incluirlo en actividades de campañas de mercadeo, ofrecimiento de productos y publicidad en general.									
b) Reportar a las centrales de riesgos o a cualquier otra base de datos tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, sus deberes legales de contenido patrimonial, sus datos de ubicación y contacto, sus solicitudes de crédito así como otra información atinente a sus relaciones comerciales, financiera y en general socioeconómicas o que conste en registros públicos, base de datos públicos o documentos públicos.									
La autorización anterior no impedirá al abajo firmante o a su representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en la entidad, en Centrales de riesgo, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de su desacuerdo, a exigir la rectificación y a que se informe sobre las correcciones futuras. De con los artículos número 142, 143, y 144 de la Ley 79 de 1988 y al artículo 150 del Código Sustantivo de trabajo y nuevas actualizaciones de leyes y normas, y en mi calidad de asociado los estoy autorizado para que mis salarios, pensiones, bonificaciones, vacaciones, prestación sociales, primas legales, extralegales, prima técnica, indemnizaciones, honorarios, pago de servicios profesionales etc. y en general de cualquier valor que figure a mi favor y que ustedes me adeuden y me vayan a pagar, me descuenten los aportes sociales que me he comprometido a aportar a COOPEMEN, así como también el valor correspondiente a los saldos y/o cuotas mensuales e intereses corrientes y de mora sobre préstamos y créditos de cualquier naturaleza, que me otorguen COOPEMEN; para lo cual bastará una comunicación suscrita por COOPEMEN, en donde les informan los saldos totales, valores y cuotas mensuales a descontar. En caso de que me desvincule de la entidad, deberán comicalo de inmediato a COOPEMEN y en razón de que todos los valores a mi favor los ofrecí como garantía, los estoy autorizando para que de mis salarios, pensiones, bonificaciones, vacaciones, prestaciones de servicios personales, etc. y en general de cualquier valor que figure a mi favor que ustedes me adeuden y me vayan a pagar, me descuenten el valor total de mi deuda con COOPEMEN, incluyendo capital, intereses corrientes y de mora que la COOPERATIVA, en este caso le indique a la entidad.									
13. OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN									
La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente. Eximo a la Cooperativa de cualquier responsabilidad derivada por la información incompleta o no veraz entregada por mi dentro del desarrollo de las actividades de COOPEMEN.									
14. FIRMA DEL SOLICITANTE					15. ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPEMEN				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">FIRMA</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">HUELLA</p>					VERIFICACIONES				OBSERVACION
					Persona responsable validar		SI	NO	
					Datos y Referencias		SI	NO	
					Aprobado		SI	NO	
					Listados restrictivos (LA/FT)		SI	NO	
					FECHA DE LA CONSULTA EN LISTAS:				
Asociado Presentado por:									
NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN VERIFICO DATOS					NOMBRE Y APELLIDO OFICIAL DE CUMPLIMIENTO				
FECHA:					FECHA:				
16. ENTREGA DE DOCUMENTOS									
* Anexa fotocopia de documento de indentidad		SI	NO						
* Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificado de ingresos y retenciones y demás que requiera la Cooperativa									
* Anexa ultimo desprendible de pago									
NOMBRE Y APELLIDO RESPONSABLE GRABACIÓN EN EL SISTEMA:									
FECHA:									