COOPERATIVA REGIONAL DE SUCRE - CANAPROSUCRE

Personería Jurídica 1253 del 24 de septiembre de 1973 - NIT. 892.280.074-1
Carrera 17 No 16 – 85 Calle Chacurí – Sincelejo
Email: canaprosucresincelejo@gmail.com
www.canaprosucre.com

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO

Señores:
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN
Respetuosamente solicito a ustedes se sirvan considerar mi admisión como asociado de Canaprosucre, comprometiéndome a cumplir con los estatutos y reglamentos que rigen la entidad, en caso de ser aceptado(a) para los efectos que estimen convenientes les suministro mis datos personales.

Fecha de Solicitud
Día:
Mes:
Año:

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres		Apellidos		
Número de cédula: _____	Fecha de nacimiento: DD____ MM____ AA____	Dirección de residencia		
Ciudad	Departamento	Celular	Género M F	Nivel Académico
Profesión u Oficio	Estado civil: Soltero(a)___ Casado(a)___ Unión L___ Separado(a)___ Divorciado(a)___ Viudo___	Número de personas a cargo_____ Es cabeza de Hogar: Si____ No_____		
Correo Electrónico				

INFORMACIÓN LABORAL

Docente _____ Pensionado _____ Administrativo _____ **Beneficiario _____ Independiente_____ Privado_____**	Lugar de Trabajo (Colegio, empresa, independiente, otro):		
Celular del lugar de Trabajo	Municipio de Trabajo	Cargo	Escalafón
Dirección de Trabajo	Fecha de Ingreso Día____ Mes____ Año_____	Persona Expuesta Públicamente: Si_ No_	Tipo de Contrato: Fijo_____ Indefinido_____ Prestación de Servicios_____ Otro_____

DATOS DEL CÓNYUGE

Nombres y Apellidos	No Documento de identidad	Número de Celular

BENEFICIARIOS

En pleno uso de mis facultades mentales, declaro como beneficiario de mis derechos económicos que poseo en Canaprosucre a las siguientes personas:

Nombres y Apellidos	No de Identificación	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje

ESPACIO PARA ASOCIADOS BENEFICIARIOS: DATOS DEL ASOCIADO

Apellidos y Nombres	Cédula	Parentesco
Municipio de Trabajo	Celular	**Quiero que mi beneficiario se ubique en:** **Mi lugar de trabajo** ☐ **Mi lugar de residencia** ☐

ESPACIO PARA USO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

APROBADO: SI: ____ NO: _____ FECHA DE APROBACIÓN: _____ ACTA No: _____

Firma Secretario Consejo de Administración: _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE NÓMINA

Ley 1527 de Libranzas: Autorizo para que descuenten de mi nómina (nombre de la empresa) _____ los aportes, y demás sumas que adeude a la Cooperativa o en su defecto, me comprometo a pagarlas en forma personal y puntual, de acuerdo con Estatuto, reglamentos y legislación vigente.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro a la COOPERATIVA REGIONAL DE SUCRE "CANAPROSUCRE", bajo la gravedad de juramento, que los fondos y bienes que poseo provienen de: _____

Así como los que componen los recursos los cuales son producto de actividades lícitas, así mismo declaro que no admitiré que terceros efectúen consignen en mis cuentas con fondos de actividades ilícitas, y no efectuaré transacciones destinadas a dichas actividades.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

CANAPROSUCRE, es responsable del tratamiento de sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Los datos personales que le solicitamos tienen como finalidad:1. Ejercer y hacer valer los derechos y obligaciones que adquiere como asociado y/o usuario de la cooperativa. 2. Realizar actividades de mercadeo, publicitarios y de promoción en general a través de mensajes de texto a móvil o fijo y/o al correo electrónico. 3. Proveer los servicios y productos proporcionados por la cooperativa e Informarle sobre cambios en los mismos. 4. Evaluar la calidad del servicio que le brindamos y realizar estudios internos. 5. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros asociados y a requerimientos legales. 6. Mantener actualizados los datos personales de los asociados, beneficiarios, terceros y proveedores. 7. Realizar la Gestión de cobranza por medio de las circulares de cobro, mensajes de texto y llamadas telefónicas. 8. La prevención y control del lavado de activos y la financiación de terrorismo. 9. Reporte de información personal y financiera a las centrales de riesgo. 10. Reporte de información personal y financiera ante los entes de control y vigilancia del Estado. 11. Transferir los datos personales a las entidades con las cuales tenemos descuentos de nómina, requisito para aprobación del descuento. 12. Desarrollo del objeto social de la Cooperativa. Le informamos que de conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente y en el decreto 1377 de 2013, los datos de carácter personal que se obtenga serán recogidos en una base de datos, la cual cuenta con las medidas de seguridad.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL ASOCIADO

1. Certifico que la información que estoy suministrando es veraz, completa, exacta y autorizo a Canaprosucre para que la verifique.
2. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad.
3. **Autorizo a Canaprosucre consultar y reportar mi información financiera a las Centrales de Riesgo.**
4. Autorizo a Canaprosucre consultar mis datos en las listas restrictivas y vinculantes.
5. Autorizo a Canaprosucre para recoger, almacenar y tratar mis datos biométricos tales como huella, firma y fotografía con la única finalidad de verificar mi identidad.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento, a los _____ días del mes de_____ de_____.

_____
FIRMA DEL ASOCIADO

HUELLA

ENTREVISTA

Funcionario: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Funcionario: _____

Cargo: _____ Fecha: _____

OFICIAL DE CUMPLIMIENTO

Certifico que he cumplido con todas las políticas y procedimientos establecidos para la vinculación del asociado y he adoptado todos los mecanismos de control establecidos en el manual de prevención del Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

Verificación de Listas Vinculantes: _____ Verificación de Información Consignada:_____
Resultado: Aceptado: _____ Rechazado: _____
Observaciones:

Firma: _____ Fecha: _____