

VINCULACIÓN

 ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN

 Ciudad _____ Fecha: ____/____/____ Empresa Empleadora: _____ Fecha de ingreso ____/____/____
 Afiliado Anteriormente? Si ____ No ____ Fecha afiliacion Anterior ____/____/____ Fecha de Retiro ____/____/____

INFORMACIÓN PERSONAL					
Apellidos		Nombres		Fecha Nacimiento	
Nacionalidad		Departamento de Nacimiento		Municipio de Nacimiento	
Documento de identidad N°		Fecha y lugar de Expedicion		Grupo Sanguineo	Celular
Correo Electronico 1			Correo Electrónico 2		
Dirección Residencia		Departamento		Municipio	Estrato
Telefono					
Genero: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		# Personas a cargo:		Madre Cabeza de Familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Usted vive en: <input type="checkbox"/> Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro Cuál?					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					
INFORMACIÓN LABORAL					
Dependencia		Telefono Oficina	Extension	Cargo	Salario
Tipo de Sueldo					
<input type="checkbox"/> Basico <input type="checkbox"/> Integral					
Jornada Laboral		Tipo de Contrato		Exento de G.M.F	Desde Año/Mes/Dia
Si ____ No ____		Persona Publicamente Expuesta			
Si ____ No ____					
INFORMACIÓN ACADÉMICA					
PROFESION		NIVEL DE ESCOLARIDAD		CURSO COOPERATIVO	Nivel: Dia/Mes/Año
				Si __No__	
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
Maneja Moneda Extranjera		Indique de que tipo ?		Importación	Inversión
Si ____ No ____				Exportación	Transferencias
Otros		Cual _____			
Posee cuentas en moneda extranjera Si ____ No ____					
Entidad		# Producto	Tipo de Producto	Pais	Ciudad
					Moneda
GRUPO FAMILIAR Y/O BENEFICIARIOS					
NOMBRES		APELLIDOS		TIPO y # DE DOCUMENTO	PARENTESCO
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		% BENEFICIENCIA	PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
NOMBRES		APELLIDOS		TIPO y # DE DOCUMENTO	PARENTESCO
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		% BENEFICIENCIA	PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
A QUE GRUPO PERTENECE					
PROTECCION ESPECIAL NIÑOS/NIÑAS ADOLESCENTES		<input type="checkbox"/>	POBREZA EXTREMA		<input type="checkbox"/>
PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS		<input type="checkbox"/>	POBLACION INDIGENA		<input type="checkbox"/>
PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICA		<input type="checkbox"/>	POBLACION AFRODESCENDIENTE		<input type="checkbox"/>
VICTIMAS CONFLICTO ARMADO		<input type="checkbox"/>	POBLACION DIVERSA LGBTIQ+		<input type="checkbox"/>
NINGUNA		<input type="checkbox"/>			
REFERENCIAS PERSONALES Y/O COMERCIALES					
Nombres		Apellidos	Parentesco	Direccion	Telefono
					Ocupacion
Nombres		Apellidos	Parentesco	Direccion	Telefono
					Ocupacion
BIENES INMUEBLES					
Tipo	Direccion del Inmueble			Ciudad	Valor Comercial
				Total Bienes	\$
VEHICULOS					
Clase:	Marca:	Modelo:	Placa:	Seguro Vence en:	Valor Comercial
Fecha avaluo	Particular <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/>				
Clase:	Marca:	Modelo:	Placa:	Seguro Vence en:	Valor Comercial
Fecha avaluo	Particular <input type="checkbox"/> Publico <input type="checkbox"/>				
				Total Vehiculos	\$

OBLIGACIONES FINANCIERAS Y CUENTAS POR PAGAR

ENTIDAD	TIPO DE CRÉDITO / OBLIGACION	Plazo	VALOR INICIAL	VALOR DE LA CUOTA	SALDO DE LA DEUDA
			Total Obligaciones	\$	\$

CAPACIDAD DE PAGO

DEVENGADOS	VALOR	DEDUCCIONES:	VALOR
Sueldo	\$	Libranzas - Polizas Varias	\$
Mesada Pensional	\$	Obligaciones Financieras	\$
Arrendamientos	\$	Servicios Publicos	\$
Comisiones	\$	Gastos Familiares	\$
Otros Ingresos	\$	Otras Deducciones y/o Gastos	\$
Total Devengado	\$	Total Deducciones	\$

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo como Titular de los datos, para que éstos, incluidos los sensibles (huella digital y grupo sanguíneo) sean incorporados en una base de datos responsabilidad del FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI y sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de aspirantes, gestión de asociados, gestión económica y contable, gestión, consulta, ejecución y administración de descuentos a través de la nómina del empleador del asociado, pignorar las cesantías en caso de mora, gestión de cobros y pagos, atención al asociado, consulta del estado de cartera a nivel interno, generar certificados o certificaciones solicitadas, realizar campañas y programas en materia de educación y recreación, invitación a eventos, brindar información de programas y campañas especiales, estudios de crédito, contacto y envío de comunicaciones a través de los medios registrados, publicidad propia, prospección comercial, verificación de datos, transmisión y transferencia de datos personales con aliados comerciales e institucionales del Fondo para realizar las finalidades aquí previstas. De igual manera, declaro que he informado y cuento con la autorización de mi grupo familiar y/o beneficiarios, así como, de las referencias familiares y personales para suministrar sus datos al FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, gestión de actividades recreativas y culturales, verificación de datos, transmisión y/o transferencia con aliados comerciales e institucionales del Fondo como entidades aseguradoras, empresas de turismo y empresas de transporte, para realizar las finalidades aquí previstas. Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre datos sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido al FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI a la dirección de correo electrónico datospersonalesfecopi@coopidrogas.com.co indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Autopista Bogotá-Medellín km 4.7, Costado Norte, antes del puente de Siberia, en el municipio de Cota, Cundinamarca. Le informamos que el FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI cuenta con política para el tratamiento de los datos personales, la cual puede ser consultada en el siguiente link: <https://www.fecopi.com.co/wp-content/uploads/2021/10/PL-01-Manual-Interno-de-Políticas-y-Procedimientos-1.pdf>

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

En cumplimiento de la Ley 1266 de 2008, autorizo con mi firma al FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI o a la entidad que como acreedor delegue para representarlo o a su cesionario, endosatario o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor a realizar consulta y reporte en centrales de riesgo de mi comportamiento crediticio, financiero y comercial en las entidades legalmente constituidas, tales como (OPERADORES, centrales de riesgo); así como, para verificar la información financiera, crediticia y comercial.

AUTORIZACIÓN NOTIFICACIONES ELECTRONICAS

Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI para que todas las comunicaciones derivadas de la relación contractual o comercial me sean notificados electrónicamente a través del correo electrónico registrado, o mediante mensajes SMS y/o contacto telefónico. A partir de la fecha de suscripción de la presente autorización, el FONDO DE EMPLEADOS DE COOPIDROGAS - FECOPI queda facultada para remitir vía correo electrónico a la dirección incluida en el presente documento o a través de SMS todas las comunicaciones que deban ser objeto de notificación electrónica.

DECLARACIÓN DE BIENES Y ORIGEN DE FONDOS

De manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a FECOPI

- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes lícitas (detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio):
- No me encuentro incluido en la lista de la Oficina para el Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América (OFAC).
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi nombre proveniente de las actividades ilícitas establecidas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique de igual forma no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo del contrato, no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

SOMETIMIENTO A ESTATUTOS Y REGLAMENTOS

Me comprometo a dar estricto cumplimiento a las normas establecidas en los Estatutos y Reglamentos definidos por FECOPI, prestando atención a mis derechos, deberes y sanciones relativas al cumplimiento de los mismos, por lo anterior manifiesto conocerlos y en consecuencia me obligo a cumplirlos estrictamente.

VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que toda la información que estoy diligenciando en el formulario de vinculación como asociado es cierta y verificable por parte de FECOPI, de igual forma me comprometo a efectuar su respectiva actualización anual o como producto de la solicitud de un nuevo servicio. Con la entrega de este formulario autoriza que su información sea actualizada en las bases de Datos de Fecopi, y si es asociado antiguo, sus datos registrados anteriormente serán actualizados, al igual que su anterior hoja de vida será destruida y remplazada por el presente formato de Actualización de Información.

_____ FIRMA	 HUELLA	_____ FECHA DE ENTREGA
----------------	---	---------------------------

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE FECOPI

FUNCIONARIO QUIEN RECIBIO: _____ _____ FIRMA APROBADO INGRESO GERENTE	CODIGO DE NOMINA ASOCIADO: _____ _____ FECHA DE APROBACIÓN DE INGRESO
_____ FECHA ACTUALIZACION DATOS EN SICOF	_____ FIRMA DEL RESPONSABLE