

Solicitud de ingreso Solicitud de constitución
y modificación de ahorros Actualización de datos

Favor diligenciar completamente esta solicitud

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE										
Nombres y apellidos					Tipo de documento <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte		Número de identificación		De	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de nacimiento		A	M	D	Lugar de nacimiento			Departamento		
Dirección residencia					Barrio			Ciudad		
Teléfono Residencia			Celular		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Personas a cargo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada	Estrato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6	
Correo electrónico					¿Cuántas?					
Número de cuenta que desea matricular (debe ser del asociado)					Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Entidad Bancaria				

INFORMACIÓN FINANCIERA										
INGRESOS MENSUALES					EGRESOS MENSUALES					
Salario/ Pensión/ Ingresos netos de la actividad					Gastos Familiares					Total Activos \$ _____
Comisiones/ Honorarios					Arrendamientos o Cuota de Vivienda					
Arrendamientos					Obligaciones Financieras					Total Pasivos \$ _____
Otros Ingresos					Otros Egresos					
Total Ingresos					Total Egresos					
Detalle Otros Ingresos					Saldo Deudas Actuales					
Bienes raíces	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Lote	Dirección - Ciudad			Valor Comercial		Saldo de Deuda \$	Hipoteca a favor de
	<input type="checkbox"/> Otro - ¿Cuál?			Dirección - Ciudad			Valor Comercial		Saldo de Deuda \$	Hipoteca a favor de
Vehículo	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Carro	Modelo	Marca	Placa	Servicio	Pignorado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Entidad bancaria		Fecha vencimiento SOAT A M D
	¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Tipo de transacción	<input type="checkbox"/> Giros	<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Exportaciones	Otras ¿cuáles?		
¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Banco:	Moneda:	Número de cuenta:	Ciudad:	País:					

INFORMACIÓN LABORAL												
<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Pensionado	Empresa donde labora o entidad pensional					Sede					
Fecha de ingreso		A	M	D	Dirección oficina			Teléfono oficina				
Fax		Municipio		Departamento		Profesión		Cargo				
Tipo de contrato <input type="checkbox"/> Término fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o labor <input type="checkbox"/> Practicante <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?								Fin del contrato		A	M	D
Nivel de estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?						Título obtenido						

PREGUNTAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEP's														
¿Usted o algún miembro de su familia maneja o ha manejado recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Usted o algún miembro de su familia ostenta o ha ostentado algún cargo público? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Usted o algún miembro de su familia tiene reconocimiento público nacional (artista, deportista, político)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
¿Quién?			¿Quién?			¿Quién?								
¿Qué cargo tiene o tuvo?					Desde cuándo		A	M	D	Hasta cuándo		A	M	D

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE												
Nombres y apellidos					Número de Identificación		De	Fecha de Nacimiento		A	M	D
Empresa donde labora			Cargo		Teléfono empresa u oficina			Profesión				

CUOTAS MENSUALES AUTORIZADAS			
Aportes sociales (Mínimo 4% SMMLV) <input type="checkbox"/> \$	Ahorro a la Vista (Mínimo 5% SMMLV) <input type="checkbox"/> \$	Ahorro Navideño (Mínimo 2.5% SMMLV) <input type="checkbox"/> \$	Ahorro Personalizado AHPER (Mínimo 6% SMMLV) <input type="checkbox"/> \$

BENEFICIARIOS DE SALDO A FAVOR, SEGUROS DE VIDA Y AUXILIOS										
Nombres y apellidos		Parentesco	No. de identificación		T.I. o NIUP <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	A	M	D
Nombres y apellidos		Parentesco	No. de identificación		T.I. o NIUP <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	A	M	D
Nombres y apellidos		Parentesco	No. de identificación		T.I. o NIUP <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento	A	M	D

- **Asociados casados o en unión libre:** Esposa(o), compañera(o) permanente e hijos de 0 a 18 años.

- **Asociados solteros:** Los hijos y padres, o en su defecto hasta dos hermanos menores de 18 años con dependencia económica.

ENCUESTA

¿Qué le motivó a vincularse a Orbiscoop? Ahorro Crédito Servicios y Beneficios Otros Cuál(es)? _____

Hobbies Cine Lectura Música Baile Escritura Cocina Pintura Viajes Fotografía Otro _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: 1. Los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa como depósitos o para pagar provienen de: salarios y demás pagos laborales Honorarios y comisiones Ventas Netas Intereses y rendimientos financieros Otro ¿Cuál? _____ 2. Que los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa, no provienen de actividades ilícitas según el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. No admitiré que terceros depositen en mis cuentas, fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a la Cooperativa para cancelar las cuentas de depósito y ahorro que mantenga en ella, si se presentase infracción de mi parte de lo dicho en esta declaración y la eximo de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado o por la violación de cualquier punto en esta declaración.

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 sean incorporados en una base de datos responsabilidad del COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ORBISCOOP A Y C., para que sean tratados con la finalidad de: realizar gestión administrativa, fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, marketing, encuestas de opinión, prospección comercial, publicidad propia, segmentación de mercados, venta a distancia, consulta y reporte en centrales de riesgo, reporte del cumplimiento o incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de tarjetas de crédito o similares, gestión de servicios de solvencia patrimonial y crédito, cuentas de depósito y/o de crédito, remisión de información a los titulares, relacionada con el objeto social de la Cooperativa, suministrar información acerca de sus operaciones a las centrales de riesgo legalmente establecidas, a los Entes de vigilancia y control, y demás Entidades gubernamentales.

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 sus datos, mediante un escrito dirigido al COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ORBISCOOP A Y C., a la dirección de correo electrónico protecciondatos@coopintuco.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a Calle 19A 43B 41, Medellín, Colombia.

La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar en la página web www.orbiscoop.com o acceder a través del siguiente correo electrónico: protecciondatos@coopintuco.com

SEGURO DE DEPÓSITO

Fui informado por la Cooperativa sobre la existencia del **Seguro de Depósitos**, Valor Máximo Cubierto, su Objetivo, Beneficiarios, Productos y Acreencias Amparadas y no Amparadas y, en general, sobre todos los aspectos legales alusivos al **Seguro de Depósitos**.

CONDICIONES

De ser aceptada mi solicitud, autorizo a la empresa para efectuar los descuentos correspondientes a la cuota de aportes sociales, ahorros y servicios complementarios adquiridos a través de Orbiscoop, así como las cuotas extraordinarias que autorice la Asamblea.

Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nómina conforme a la autorización aquí otorgada, me obligo a realizar los pagos de dichas cuotas mediante consignación en la cuenta que se me indique. Para los efectos anteriores declaro que me obligo a cumplir estrictamente los mandatos y disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como los que en el futuro dicten los organismos competentes de Orbiscoop.

Además autorizo al pagador para retener de mis salarios, prestaciones sociales y/o indemnización a que tenga derecho, el saldo que a esa fecha adeude a Orbiscoop.

Acepto la calidad de Asociado(a) a Orbiscoop con los deberes y derechos contemplados en la Ley y en los Estatutos de la Cooperativa, así mismo acepto que el valor a aportar está sujeto al valor del salario mínimo legal vigente en Colombia y tendrá el correspondiente incremento anual.

Con mi firma en este documento, autorizo a Orbiscoop, para verificar la información suscrita en este formulario. Así mismo para que consulte y reporte a las centrales de información.

Igualmente me comprometo durante la vigencia del vínculo asociativo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que solicite la Cooperativa, por lo menos una vez al año. No obstante, la actual información estará vigente hasta tanto no sea notificado de mi parte alguna modificación, entendiendo que en caso de incumplimiento, Orbiscoop estará en libertad de cancelar el presente vínculo.

Certificando que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, lo firmo, a los _____ () días del mes de _____ de _____, en la ciudad de _____.

Con mi firma certifico que conozco y acepto los Estatutos y me acojo a las decisiones que determinan la Asamblea General y el Consejo de Administración de Orbiscoop.

Nombres y apellidos	
Documento de identidad	de
Ciudad	Fecha DD MM AAAA

Huella

Firma del aspirante: _____

ESPACIO PARA USO DE ORBISCOOP

Fecha de realización de la entrevista	A	M	D	Nombres y apellidos del empleado que realizó la entrevista
Fecha de la verificación de la información	A	M	D	Nombres y apellidos del empleado responsable de la verificación de la información

OBSERVACIONES: _____ Firma Gerencia: _____

Ingreso <input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> NEGADO	Se reporta en acta N° _____	Fecha de ingreso DD MM AAAA	DOCUMENTOS ANEXOS: <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 2 últimas colillas de pago. <input type="checkbox"/> Formato de libranza única.
--	--------------------------------	------------------------------------	---

VIGILADA SUPERVISORÍA

