



FORMULARIO CONOZCA SU EMPLEADO

CÓDIGO DE EMPLEADO _____ **CARGO** _____ **FECHA** _____

DATOS GENERALES

Primer Nombre:		Cédula _____ Pasaporte _____	No.
Segundo Nombre:			
Primer Apellido:		Género F ___ M ___	Nacionalidad
Segundo Apellido:		Fecha de Nacimiento:	
Estado Civil:		Lugar de Nacimiento:	
Correo electrónico:		Apellido de Casada (Si procede):	
Dirección Residencia:		Otra Nacionalidad:	
Sector:		Teléfono Residencia:	
Municipio:		Teléfono Móvil:	
Provincia:			
Reside en el Extranjero	Si ___ No ___	Dirección:	
¿Posee Vehículo?	Si ___ No ___	¿Posee Licencia de Conducir? Si ___ No ___	Categoría _____
Marca, modelo y Año		¿Posee casa propia? Si ___ No ___	
Parentesco con Directivo o Colaboradores	Si ___ No ___	Especificar	
Parentesco con Socio	Si ___ No ___	Especificar	
¿Posee antecedentes penales?	Si ___ No ___	Especificar	

OTRAS FUENTES DE INGRESOS

¿Recibe Ingresos adicionales?	Si ___ No ___	Especificar fuente de ingresos:	Monto:
-------------------------------	---------------	---------------------------------	--------

DATOS DE LA PAREJA

Nombres:		Cédula _____ Pasaporte _____	No.
Apellidos:		Empresa donde labora:	
Nacionalidad:		Posición:	
Teléfono Móvil:		Salario:	

DATOS DE LOS PADRES

MADRE		PADRE	
Primer Nombre:		Primer Nombre:	
Segundo Nombre:		Segundo Nombre:	
Segundo Apellido:		Segundo Apellido:	
Nacionalidad:		Nacionalidad:	
Cédula ___ Pasaporte ___	No.	Cédula ___ Pasaporte ___	No.
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Lugar de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Municipio:		Municipio:	
Teléfono celular:		Teléfono celular:	

Referencias Personales

Nombres y Apellidos:	Nombres y Apellidos
Cédula o pasaporte:	Cédula o pasaporte:
Parentesco:	Parentesco:
Teléfono Residencia:	Teléfono Residencia:
Teléfono Móvil:	Teléfono Móvil:
Dirección:	Dirección:

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

¿Ha sido funcionario en el Estado en los últimos 3 años?	Si ___ No ___	Desde	Hasta	
Institución		Cargo		
¿Es Militar?	Si ___ No ___	Rango		
¿Tiene algún familiar o relacionado por consanguinidad o por afinidad que haya sido funcionario público?		Si ___ No ___	Desde	Hasta
		Cargo:	Institución:	
Nombres y apellidos:		Relación o parentesco:		
¿Usted ha realizado declaración Jurada de Patrimonio?	Si ___ No ___	Especificar		

EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de Empresa:	Cargo	Tiempo Trabajando:	Superior Inmediato
Teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre de Empresa:	Cargo	Tiempo Trabajando:	Superior Inmediato
Teléfono:		Correo electrónico:	

FORMACIÓN EDUCATIVA

Nivel Académico	Institución Académica	Años	Título Obtenido
Secundaria			
Universitaria			
Postgrado			
Maestría			
Otros(Especificar)			

MANUALES Y CÓDIGOS

Declaro haber recibido, leído y entendido los siguientes documentos:

Manual de procedimiento PLA/FT en COOPNAZONAF	Si__ No__
Código de Ética en COOPNAZONAF	Si__ No__
Reglamentos internos	Si__ No__

OTROS

- El formulario debe ser llenado de manera correcta por el empleado.
- El empleado está en el deber y obligación de presentar los documentos originales y certificaciones que le sean requeridos por el Consejo de Administración o la Gerencia General de COOPNAZONAF.
- La información proporcionada y contenida en este formulario, es considerada estrictamente confidencial.
- Documentación requerida: copia de cédula de ambos lados legible, 2 fotos 2x2 en fondo blanco, carta de recomendación, si aplica, certificación de no antecedentes penales reciente (papel buena conducta), carnet de conducir si lo posee, CV detallado, copia de títulos obtenidos.

AUTORIZACIÓN

Expreso que todos los datos ofrecidos y documentos anexos a este formulario son ciertos, que la información adjunta es veraz y puede ser verificada. Autorizo su verificación ante cualquier persona física o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y hasta que se mantenga vigente la relación comercial con la COOPNAZONAF o con quien represente sus derechos, me comprometo actualizar los datos y/o la documentación al menos una vez cada dieciocho meses o cuando sea necesario por razones justificadas. Asimismo, autorizo a COOPNAZONAF o quien represente sus derechos, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información financiera o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue, a los organismos de consulta de bases de datos o Centrales de Información y Riesgo o cualquier otra institución o empresa, todo lo referente a mi comportamiento general como socio. Para efectos de la autorización, entiéndase por COOPNAZONAF, ubicada en la _____, o cualquiera que represente sus derechos, declaro expresamente que: Mi actividad laboral, profesión u oficio son lícitos y las ejecuto dentro de las disposiciones legales y los valores que poseo no provienen de actividades ilícitas establecidas en el Código Procesal Penal de la República Dominicana. ni de las tipificadas en la Ley 155/17 sobre la Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y de la Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. Que como titular de la información, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan obtenido sobre mí. Que la responsabilidad del tratamiento de la información que se comparta transfiera, transmita, entregue o divulgue es de COOPNAZONAF, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. COOPNAZONAF se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normativas sobre la prevención de lavado de activos y del financiamiento del terrorismo como sujeto obligado. En caso de que no suministre las informaciones o documentos requeridos, COOPNAZONAF se reserva el derecho de aceptar, declinar o cancelar el derecho de ser socio.

Atendido por _____ **Fecha** _____

Firma del Socio (a) _____
(como está en la cédula)

PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA:

Atendido por _____ Revisado por _____ Autorizado por _____

Fecha y hora _____ Fecha y hora _____ Fecha y hora: _____