

Formato de Vinculación persona natural.

COOPERATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE COLOMBIA SEDE PALMIRA
NIT.891.301.156-5



Reingreso

Fecha de diligenciamiento

D

M

A

DATOS PERSONALES

APELLIDOS		NOMBRES			DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	
					CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> No. _____	
FECHA DE NACIMIENTO D / M / A		FECHA DE EXPEDICIÓN D / M / A		EDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	LUGAR DE NACIMIENTO
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE RESIDENCIA		BARRIO		CIUDAD		DEPARTAMENTO
ESTRATO	TIPO DE RESIDENCIA <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Arrendada Leasing	AREA DE RESIDENCIA Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	EMAIL		
No. CELULAR		NIVEL DE ESTUDIOS Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Especialización Maestría <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	
TITULO PROFESIONAL		OCCUPACION Asalariado <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	ES USTED CABEZA DE FAMILIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	No. Personas a cargo _____	
No. Hijos	No. Hijos < 18	No. Hijos asociados a _____		Tiene parentesco con empleados o directivos de la	SI	NO
NOMBRE COMPLETO				PARENTESCO		

SI SU OCCUPACION ES INDEPENDIENTE INDIQUE

FECHA DE INICIO DE ACTIVIDAD D / M / A	ACTIVIDAD ECONOMICA	CIU
---	---------------------	-----

INFORMACION LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		TIPO DE EMPRESA Pública <input type="checkbox"/> Pivada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Agropecuaria <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO PRINCIPAL		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO/CELULAR
TIPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Contratista	FECHA DE INGRESO D / M / A	CARGO QUE OCUPA		

INFORMACION DEL CONYUGUE

APELIDOS		NOMBRES		DOCUMENTO DE IDENTIFICACION CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> No. _____
OCUPACION Asalariado <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	EMAIL		No. CELULAR

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS		EGRESOS	
INGRESOS MENSUALES DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD PRINCIPAL.		\$	CUOTAS CREDITOS
OTROS INGRESOS (ESPECIFICAR)		\$	GASTOS FAMILIARES
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		\$	
TOTAL INGRESOS		\$	TOTAL EGRESOS

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUALES _____			POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	BANCO
MONEDA	No. cuenta		CIUDAD	PAIS

INFORMACION PATRIMONIAL

ACTIVOS		PASIVOS	
Detalle	Valor	Detalle	Valor
	\$		\$
	\$		\$
Total activos	\$	Total pasivos	\$

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE						
¿Por su cargo o actividad administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo o actividad ejerce algún cargo de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Existe algún vínculo entre usted y otra persona que maneje recursos públicos o que goce de algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Por su cargo es representante legal de una organización internacional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
REFERENCIAS FAMILIARES						
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	CELULAR			
BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO						
En caso de fallecimiento declaro que designo como beneficiario(s) de mi seguro de aportes, depósitos, a las siguientes personas en caso de tener saldos a favor.						
Tipo Doc	No. Identifi	NOMBRES Y APELLIDOS	Fecha nacimiento	Parentesco	%	Celular/email
			D/M/A			
			D/M/A			
			D/M/A			
			D/M/A			
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES						
AUTORIZACIONES GENERALES						
<p>Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación con COUNAL o con quien represente sus derechos.</p> <p>Estoy informado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite COUNAL, por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.</p>						
<p>DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS: Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de Fondos a COUNAL, con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con COUNAL.</p> <p>a) Los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con COUNAL tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____</p> <p>b) En caso de requerimiento por parte de COUNAL o de algún organismo de investigación, vigilancia y control del estado, estoy dispuesto a suministrar los soportes requeridos que evidencian el origen o destino de los recursos.</p> <p>c) Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.</p> <p>d) Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no estén relacionadas con las mismas.</p> <p>e) Acepto que COUNAL se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mi planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he suministrado, COUNAL no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negocio, igualmente me comprometo a actualizar cualquier tipo de modificación a</p>						
<p>AUTORIZACIÓN PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO: Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a COUNAL, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.</p> <p>AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que la COOPERATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE PALMIRA- COUNAL, me ha informado: 1.Que el aviso de privacidad y el manual de tratamiento de datos personales se encuentra en la página web: https://www.counal.com.co;2.Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquella que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3.Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho de conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se havían recolectado sobre mí.</p> <p>COUNAL podrá usar mi información para los siguientes fines:</p>						
<p>a) La ejecución de las actividades propias de COUNAL otorgadas por la ley para el desarrollo de su objeto social, entre las actividades están el ofrecimiento de sus productos de captación (cuentas de ahorro, CDAT, Ahorro programado) y colocación (líneas de crédito).</p> <p>b) El manejo de los datos biométricos como son la firma y huella para garantizar el uso y acceso a los recursos de información y monetarios, previniendo la suplantación. Al ser los datos biométricos datos sensibles, yo como titular no estoy obligado a autorizar su tratamiento.</p> <p>c) El trámite de otorgamiento de auxilios del Fondo de Solidaridad y Educación.</p> <p>d) El envío de campañas publicitarias de los servicios que ofrece COUNAL y demás comunicaciones que la Cooperativa considere necesarias para brindar información relacionada con su objeto social.</p> <p>e) La recolección de información sobre mi estado de salud, mediante el diligenciamiento del formato al momento de suscribir los servicios de la entidad, esta información es utilizada para validar el estado de riesgo del deudor y realizar los trámites requeridos con la respectiva compañía de seguros. Información que es considerada de naturaleza sensible de conformidad con lo previsto en el Art.5 de la ley 1581.</p> <p>f) La invitación a actividades educativas, recreativas y culturales por parte de COUNAL.</p> <p>g) Realización de encuestas de satisfacción en cuanto al servicio prestado por nuestra entidad y/o consulta sobre nuevas necesidades del asociado y grupo familiar.</p> <p>h) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo.</p> <p>i) El intercambio o remisión de la información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por COLOMBIA.</p>						

- j) Envío de información de posibles sujetos de tributación a la dirección de impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.
- k) La consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- l) Los datos obtenidos de las videogramaciones que se realizan al interior de COUNAL se utilizarán para fines de seguridad de las personas, los bienes e instalaciones de la Cooperativa y podrán ser utilizados como prueba en cualquier tipo de proceso.
- m) Las fotografías que sean tomadas en eventos culturales, recreativos y/o educativos organizados por la Cooperativa serán exclusivamente utilizadas como material publicitario del evento, el cual se podrá difundir a través de nuestra página web, correo electrónico, carteleras informativas o la entrega personal de material escrito (boletín, revista, folleto, volante).
- n) Cualquier otra finalidad que resulte de la relación del titular de los datos y COUNAL previo consentimiento obtenido en la autorización de tratamiento.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del solicitante _____

No. Documento de identidad _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

Consulta en listas vinculantes	Verificación de la información	Verificación de la información
Usuario que consulto _____ Fecha de consulta _____ Figura? SI <input type="checkbox"/> LISTA _____ NO <input type="checkbox"/>	Certifico que he realizado la verificación de la información y que el resultado es el siguiente: CORRECTO <input type="checkbox"/> INCORRECTO <input type="checkbox"/> Firma _____	Certifico que he revisado la documentación y que el resultado es el siguiente: CORRECTO <input type="checkbox"/> INCORRECTO Firma _____

INFORMACION ENTREVISTA Y/O VISITA

Nombre de quién realizó la visita o entrevista _____	Cargo _____	Fecha _____
Lugar de visita o entrevista _____	Firma _____	

1.¿ Cómo se enteró de la existencia de la Cooperativa? _____

2.¿ Cuál es su principal interés de asociarse a la Cooperativa? _____

Observaciones:

Instancia de aprobación Gerencia Consejo de Administración

Decisión: Aprobado Aplazado Rechazado

Firmas:

Nombre _____

Cargo _____

Nombre _____

Cargo _____

Nombre _____

Cargo _____

Nombre _____

Cargo _____