COOPERATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE PALMIRA

FORMATO DE VINCULACION / ACTUALIZACION DE PERSONA NATURAL

REINGRESO: ACT	TUALIZAC	CIÓN								FECH	A DE DILI	GENCIA	MIENTO		
					D	ATOS I	PERSON	ALES							
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO					PRIMER NOMBRE				SEGUNDO NOMBRE				FECHA DE NACIMIENTO		TO EDAD
DOCUMENTO DE IDEN C.C C.E No.	E EXPEDICIÓN MUNICIPIO DE NACIMIENTO D			DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO				l							
ESTADO CIVIL Soltero Viudo TELÉFONO FIJO Casado Unión Libre Divorciado					O CELULAR EMAIL								ES USTED SI PERSONAS A CARGO CABEZA DE FAMILIA NO		
AREA DE RESIDENCIA Rural Urbana TIF					SIDENC	CIA P	ropia 🗌	Familiar	· 🔲	Arrenda	da 🗌	Arrendada por Leasing ESTRATO			
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA					BARRIO				CIUDAD			DEPARTAMENTO			
TIENE UD PARENTESC EMPLEADOS DE LA CO	E DEL EMPLEADO						PARENT			TESCO					
AUTORIZO ENVIAR CO	RRESPO	ONDENCIA,	PUBLICIDA	D E INFORM	MACIÓN	GENERA	AL Resid	dencia	Em	nail Mei	nsaje de To	exto	WhatsAp	p	?
					INF	FORMA	ACIÓN LA	BORAI	L						
Primaria Secundaria Técnico Es	TÍTULO O	TÍTULO O PROFESIÓN , O DE ANO DO D					Asalaria Honora Pensiona	Asalariado Independiente Rentista DECLAR Honorarios Cesante Ama de Casa RENTA Pensionado Dependiente Estudiante Si No							
NOMBRE DE LA EMPR DONDE LABORA							DE EMPRESA TIPO DE Indefinido CONTRATO Temporal C								
			DIRECCIÓN	N DEL DOMI	CILIO PI	RINCIPAI	L DE LA EM	PRESA			MUNICIF	PIO		DEPARTAN	IENTO
TELÉFONO EMPRESA	ELÉFONO EMPRESA CELULAR EMPRESA EMAIL EMPRESA									FECHA DE	INGRES	O CAR	RGO QUE	E OCUPA	
			DILIGENO	CIE SI PO	SEE E	STABL	ECIMIEN	то со	MEI	RCIAL O	NEGO	CIO			
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO ACTIVIDAD ECONÓ							CA	CÁMARA DE C					OMERIO NIT		
FECHA DE CONSTITUC DD-MM-YYYY	CELU	CELULAR EMAIL													
DIRECCIÓN DEL ESTA	<u> </u>					MUNICIPIO			DEPARTAMENTO						
					INFO	RMACI	ÓN DEL (CÓNYL	JGE						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO	<u> </u>				R NOMBRE SEGUNI			EGUNDO NOMBRE				DE NACIMIENT	O EDAD
DOCUMENTO DE IDEN				E EXPEDICIÓN DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO					ENTO MUNICIPIO			NACIONALIDAD F		SEXO F M	
TELÉFONO FIJO		CELU	LAR				EMAIL						<u> </u>		
Primaria Tecnólogo Maestría TÍTULO O PROF										Asalari Honora Pension	rios	dependi Ces Dependi	ante A	Rentista Ama de Casa Estudiante	DECLARA RENTA Si No
NOMBRE DE LA EMPRESA ACTIVIDAD ECONÓMICA						TIPO DE EMPRESA mercial Agropecuaria Pública Privada Mixta						TIPO DE Indefinido Fijo CONTRATO Temporal Contratista			
		-	DIRECCIÓN	N DEL DOMI	CILIO PI	RINCIPAL	L DE LA EM	PRESA			MUNICIF	<u> </u> PIO		DEPARTA	MENTO
TELÉFONO EMPRESA CELULAR EMPRESA EMAIL E					_ EMPRESA F				FECHA DE INGRESO CARGO QUE OCUPA DD-MM-YYYY						
					INF	FORMA	ACIÓN DE	HIJOS	3						
TIPO No. IDENTIFICA	CIÓN NO	OMBRES Y	APELLIDOS				F	ECHA D	E NA	CIMIENTO	EDAD	NIVELA	CADÉMI	СО	ES ASOCIADO
					DD-N				MM-Y	YYY					SI - NO
								DD-MM-YYYY							SI - NO
	_						+			/YYY /YYY					SI - NO
								MM-Y						SI - NO	

					INFC	RMACIÓN DE	INGRES	OS Y E	GRESOS					
	SOLICITANTE				CONYUGE					ANTE	СО	NYUGE		
SUEL	DO BÁSICO)					CUOT	CUOTA TARJETA CRÉDITO						
HONG	DRARIOS						CUOT	A OTROS	PRESTAMOS					
ARRE	ARRENDAMIENTOS						GAST	GASTOS FAMILIARES						
OTRO	OTRO INGRESOS						OTRO	OTRO EGRESOS						
TOTAL INGRESOS							TOTAL	EGRESO	S					
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS														
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA														
¿Realiza operaciones en Si Importaciones Inversiones					ersiones Prés	stamos		cuenta corriente	Si 🗌	No. Cuenta	1	País		
moneda extranjera? No Exportaciones					ones	Giros		en moneda extranjera?						
Otros	Otros Cuál? Entidad: Moneda:													
INFORMACIÓN PATRIMONIAL														
ACTIVOS								PASIVOS (Deudas)						
DET	ALLE				٧	/ALOR	DET	ALLE				VALOR		
					\$	\$						\$		
					\$						\$	\$		
TOTAL ACTIVOS				\$					TAL PASIVO	3 \$	\$			
							RIMONI	0						
	DIREC	CIÓN							CIUDAD	TIENE	IPOTECA	VALOR	COMERCIAL	
ES HS	BINEC	. 51014								SI	NO	\$	OUNLINOIAL	
BIENES RAICES										SI	NO	\$		
										-	NORACIÓN	-	COMERCIAL	
CUL	PARTICU		ÚBLICO	7	DE VEI 1100E0						NO	\$	JOWENGIAL	
TIPO DE VEHÍCULO CLASE DE VEHÍCULO PARTICULAR PÚBLICO PARTICULAR PÚBLICO											NO	\$		
			022.00	<u> </u>		DEFEDENC				SI	NO	<u> </u>		
						REFERENC	JIAS FAIV	IILIAKE)					
NOM	/IBRE				PARENTES	CO DIRECCIÓN) C	ELULAR	TELÉFONO	
					DECLAR	ACIÓN DE PERSO	NAS EXPU	ESTAS PÚ	BLICAMENTE					
1. ¿Por su cargo o actividad administra Recuersos Públicos? Si No 2. ¿Por su cargo o actividad ejerce algún cargo de Poder Público? Si No 3. ¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público? Si No 3. ¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?														
					aigun	cargo de Poder Púl			goza	de reconoc		ICO?		
	xiste algún v sos públicos					Si No		or su cargo acional?	es representante	legal de una	organizaciói	า	Si 🗌 📗	
			recursos públicos o que goza de algún grado de poder público? SI EN LA PREGUNTA 4 SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO											
						OES <u>IA ES AFIRM</u>		R FAVOR D		JUIENTETT	JAURU			
PAR	ENTESCO	PARENTESCO NOMBRES Y APELLIDOS				PUESTA ES AFIRM							FFOUA	
					NTA 4 SU RESE	PUESTA ES AFIRM		R FAVOR D	ENTIDAD		CARGO		FECHA	
					NTA 4 SU RESP	PUESTA ES AFIRM							FECHA	
					NIA 4 SU KESF	PUESTA ES AFIRM							FECHA	
					NIA 4 SU RESP	PUESTA ES AFIRM							FECHA	
					NIA 4 SU RESP	PUESTA ES AFIRM							FECHA	
						ICIARIOS EN (IDENTIF	ICACIÓN	ENTIDAD				FECHA	
			S Y APELLIC	008	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	ICACIÓN	ENTIDAD		CARGO		FECHA	
En ca	aso de falleci	imiento decl	S Y APELLIC	008	BENEF		IDENTIF	ICACIÓN	ENTIDAD		CARGO	s a favor:	FECHA	
	1	imiento decl	S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	E FALLE	ENTIDAD	s en caso de	CARGO	s a favor:	FECHA	
En ca	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	E FALLE tos, a las s	CIMIENTO iguientes personal	s en caso de	CARGO tener saldos			
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FALLE tos, a las s	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA DD-	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
	1		S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
TIPO DOC	1	TIFICACIÓN	S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
TIPO DOC	No. IDENT	TIFICACIÓN	S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	
TIPO DOC	No. IDENT	TIFICACIÓN	S Y APELLIE	igno como t	BENEF	ICIARIOS EN (IDENTIF	FECHA C	CIMIENTO iguientes persona: E NACIMIENTO MM-YYYYY MM-YYYYY	s en caso de	CARGO tener saldos		SEXO F - M F - M	

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes: Favor marque con una ${\bf X}$ si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones: Si No 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES Si No 8. CIRUGÍA Si No Si No 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES 9. ALCOHOLISMO Si No Si No 3. CANCER 10. TABAQUISMO | DROGADICCIÓN Si No Si No 4. DIABETES 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Si No Si No 5. VIH POSITIVO / SIDA 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Si No Si No 6.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICO 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Si No Si No 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS EN CASO DE CONTESTAR SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE Y MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUME Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario del hospital o persona que me haya atendido a suministrar a la EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:
Como asegurado principal garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no tengo ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro. En constacia se firma en a los _ _ días de . . del año . Firma Asociado -Documento de Identidad -Huella Dactilar PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD CONSULTA EN LISTAS VINCULANTES VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN USUARIO QUE CONSULTÓ CERTIFICO QUE HE REVISADO LA DOCUMENTACIÓN CERTIFICO QUE HE REALIZADO LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE: FECHA DE CONSULTA FIGURA? Si LISTA: _ No CORRECTO INCORRECTO FIRMA -FIRMA -FIRMA. INFORMACIÓN ENTREVISTA Y/O VISITA NOMBRE DE QUIEN REALIZÓ LA VISITA O ENTREVISTA CARGO FECHA LUGAR DE LA 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: _ APROBADO APLAZADO RECHAZADO

GERENCIA



NIT. 891.301.156-5

PERSONERIA JURIDICA RESOLUCIÓN 2043 DE 1971 VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA SOLIDARIA (SUPERSOLIDARIA) INSCRITA AL FONDO DE GARANTIAS SOLIDARIAS DE ENTIDADES COOPERATIVAS (FOGACOOP)

AUTORIZACIONES GENERALES

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.

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.

DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS: Obrando en propio nombre, 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

- a. Los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con COUNAL tienen origen o provienen de las siguientes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.)
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 (nosotros) 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 la información registrada en el presente formato.

AUTORIZACION 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.

AUTORIZACION 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 hayan recogido sobre mí.

COUNAL podrá usar mi información para los siguientes fines:

- 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).
- El manejo de mis 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. El trámite de otorgamiento de auxilios del Fondo de Solidaridad y Educación.
- 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 obieto social.
- d. La recolección de información sobre mi estado de salud, mediante el diligenciamiento del formato al momento de suscribir las solicitudes de crédito,
- 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.
- f La invitación a actividades educativas, recreativas y culturales por parte de Counal.
- 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.
- h. La prevención y control del lavado de Activos y la financiación del terrorismo.
- El intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.
- j. Envió de información de posibles sujetos de tributación a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreingn Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.
- 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. Los datos obtenidos de las videograbaciones 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.
- 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).

 Cualquier otra finalidad que resulte de la relación del titular de los datos y COUNAL previo consentimiento obtenido en la autorización de tratamiento.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo el presente documento a los días del mes de	
del año, en la ciudad de	Т

NOMBRE FIRMA Y CC HUELLA