

**FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO – FORMATO No. 5**

Agencia	Fecha	Cuenta Nro.
	AAAA MM DD	

☐ Ingreso como Asociado ☐ Actualización de Datos

Diligenciar con letra imprenta, con tinta negra, sin tachones, borrones o enmendaduras.

INFORMACION PERSONAL									
NOMBRES COMPLETOS			PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			
Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		Numero	Fecha y Lugar de Expedición		País	Departamento	Municipio/Ciudad		
Fecha y lugar de nacimiento			País	Departamento		Municipio/Ciudad			
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		No. Personas a cargo		No. Hijos	Madre cabeza familia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Dirección Residencia			País	Departamento	Ciudad/Municipio	Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/>	Estrato		
Teléfono	Celular	Nivel de Estudios: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/>				Profesión			
		Tecnología <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____							
Correo Electrónico		Envío Correspondencia Residencia <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/>		Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		Grupo Étnico Indígena <input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> ROM (Gitano) <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>			
OCUPACION									
Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Ganadero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____							
Tipo Contribuyente		Régimen Común <input type="checkbox"/> Régimen Simplificado <input type="checkbox"/>							
EMPLEADO									
Empresa donde labora		Tipo de contrato: Prestación de Servicios Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>			Cargo		Meses en el cargo		
Empleado Sector Publico <input type="checkbox"/> Empleado Sector Privado <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico			Teléfono		Celular		
Dirección de la Empresa		País	Departamento		Ciudad/Municipio		Código CIU		
PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA - PEPS									
Por su cargo maneja recursos públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Persona políticamente expuesta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada políticamente expuesta - familiar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
		Nombre: _____ Cédula: _____							
INDEPENDIENTE									
Detalle de la actividad		Tiempo en la actividad			Razón social o tipo de establecimiento				
Dirección		País	Departamento		Ciudad/Municipio		Teléfono		Celular
Posee local comercial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Código CIU							

INFORMACION CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE					
Nombres y Apellidos		Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____		Número	Lugar y Fecha de Expedición
Fecha de Nacimiento	Genero		Nivel de Estudios	Teléfono	Celular
Ocupación	Empresa donde Labora		Teléfono	Asociado a Coopacredito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INFORMACION FINANCIERA					
§ Ingresos			§ Egresos		
Salarios _____			Cuotas Hipotecarias _____		
Pensión _____			Tarjetas de Crédito _____		
Honorarios _____			Cuotas de Crédito _____		
Ingresos Persona Independiente _____			Arrendamiento _____		
Otros Ingresos _____			Gastos Familiares _____		
Total Ingresos _____			Otros Egresos _____		
Total Egresos _____					
Descripción Otros Ingresos :			Descripción Otros Egresos :		
Valor Activos: \$	Valor Pasivos: \$		Patrimonio \$	Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Posee cuentas en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/>			Tipo de Producto _____		
Transferencias <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____			Identificación del producto _____		
			Número del producto _____		
			Entidad _____		
			Monto _____		
			Ciudad _____		
			País _____		
			Moneda _____		
BIENES RAICES					
Tipo de Bien	Descripción			Valor Comercial \$	
Tipo de Bien	Descripción			Valor Comercial \$	
Tipo de Bien	Descripción			Valor Comercial \$	
DATOS DEL APODERADO O REPRESENTANTE LEGAL (PARA MENORES O INCAPACES)					
Nombres y Apellidos		Tipo de Identificación RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> _____		Número	
Dirección		País	Departamento	Municipio/Ciudad	
Profesión		Teléfono	Celular	Asociado a Coopacredito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
REFERENCIAS					
PERSONAL (No Familiar)	Nombres y Apellidos	Teléfono/Celular	País	Departamento	Ciudad
	Dirección:				
FAMILIAR (No Viva con Usted)	Nombres y Apellidos	Teléfono/Celular	País	Departamento	Ciudad
	Dirección:				
COMERCIAL (Sólo en Crédito)	Establecimiento	Teléfono/Celular	País	Departamento	Ciudad
	Dirección:				

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS				
En caso de mi fallecimiento, autorizo a COOPACREDITO SANTA ROSA, entregar a las siguientes personas los saldos a favor a que tenga derecho como asociado (de no ser diligenciado serán entregados a quienes por ley se establezca)				
Nombres Completos	No. Documento	Parentesco	Teléfono	%
AUTORIZACIONES DECLARACIONES				
HABEAS DATA				
En nombre propio y/o como representante legal de la persona jurídica, el solicitante otorga en forma irrevocable a COOPACREDITO SANTA ROSA las siguientes autorizaciones y realiza las siguientes declaraciones: Declara que la información suministrada es cierta y autoriza a COOPACREDITO SANTA ROSA o a quien subrogue en su posición jurídica para: a)Confirmar la información b) Terminar cualquier contrato celebrado y exigir anticipadamente el pago de cualquier obligación si esta resulta falsa o inexacta e)Consultar, reportar y divulgar a las centrales de información financiera o entidades con propósitos similares, toda la información relevante para conocer el comportamiento financiero y comercial, y el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales del solicitante y/o su representante a título personal; con la finalidad de evaluar el riesgo de iniciar, ejecutar o terminar una relación contractual; determinar su capacidad de pago; desarrollar modelos estadísticos o de otro tipo y/o adelantar actividades comerciales, institucionales o de seguimiento y recuperación de obligaciones. Acepta que el cumplimiento o no de sus obligaciones se reflejara en su historial financiero pasado, presente y futuro.				
ORIGEN DE FONDOS				
Declara que los recursos depositados, obtenidos o involucrados en las operaciones financieras solicitadas, tiene origen y destino lícito en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de sus negocios, tal como se describen en la solicitud; y que no se relacionan con actividades ilícitas. Especialmente lavado de activos o financiación del terrorismo. Que conoce y aplica las normas de prevención de lavado de activos y financiación al terrorismo y no permitirá que terceros realicen transacciones en sus productos o entreguen en su nombre o de la entidad que representa fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas o a favor de personas involucradas con las mismas. Autoriza a COOPACREDITO SANTA ROSA para terminar unilateralmente cualquier relación contractual o exigir en forma anticipada el pago de cualquier obligación en el caso de vinculación o sospecha de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre lavado de activos y financiación del terrorismo del solicitante o su(s)representante(s), socios, administradores o personas vinculadas.				
ACTUALIZACION INFORMACIÓN				
Autoriza el contacto o envío de comunicaciones a sus direcciones físicas o electrónicas, teléfonos y/o cualquier otro medio; con información financiera, comercial o de otro tipo, cuando así se requiera o juzgue necesario, las cuales podrán ser gravadas. Acepta que Coopacredito no hará devolución de la documentación entregada o que contenga cualquier convenio celebrado, la cual se archivará o destruirá conforme a las normas y políticas aplicables. Se obliga a actualizar anualmente la información general, financiera y comercial propia y de la persona jurídica y su representante, administradores y socios; incluidos los estados financieros y sus notas, transacciones financieras, estructura y composición de capital y demás necesaria para el seguimiento y control de los contratos celebrados, incluido valor y estado de las garantías. Acepta que el incumplimiento de esta obligación indicará en su calificación de riesgo y faculta a COOPACREDITO SANTA ROSA para terminar cualquier relación contractual o exigir anticipadamente el pago de cualquier obligación.				
INFORMACIÓN PREVIA				
Declara que ha recibido en forma previa al desembolso información completa, legible y comprensible de las condiciones y términos del contrato de crédito, especialmente acerca de: monto de capital; forma y periodicidad de pago; valor de cada cuota y fecha de pago; tasas de interés de plazo y mora en términos efectivos anuales: naturaleza fija o variable de la tasa de interés y en este caso el índice, margen y mínimo aplicable; gastos, comisiones y recargos aplicables; derecho de acceso a su calificación de riesgo; condiciones de pago anticipado; consecuencias en caso de incumplimiento, que incluyen los derechos propios y de Coopacredito, y los siguientes aspectos propios de la gestión de cobro: a) Políticas y mecanismos de cobranza; b) Momento a partir del cual se iniciara la gestión de cobranza; c) Gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlos, d) Dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza; e) Personas y entidades autorizadas para celebrar acuerdos de pago y f) Canales habilitados para efectuar el pago.				
CONDICIONES DE DEPOSITO				
Declara que conoce y acepta las condiciones y reglamentos del (os) producto(s) de depósito solicitado(s) y autoriza a COOPACREDITO SANTA ROSA para: a) Debitar de cualquier deposito a su nombre cualquier suma que por cualquier concepto adeude a COOPACREDITO SANTA ROSA, tales como prestamos, sobregiro, comisiones, cuota de manejo o cualquier otro. b) corregir cualquier error presentado en el depósito y debitar las sumas abonadas por error. e) Bloquear la cuenta y/o trasladar al empleador/pagador los recursos depositados en el evento de muerte, cuando no se acredite supervivencia o se presenten otras circunstancias previstas en el convenio de pago nomina, el reglamento o la ley. d) Consignar en la cuenta cualquier suma que debe pagar o entregar al solicitante. e) Modificar las condiciones de los contratos de depósito en los términos de los reglamentos aplicables. f) Bloquear, saldar o cancelar el depósito cuando se incumpla cualquier condición u obligación del depositante, cuando a criterio de COOPACREDITO SANTA ROSA no se le dé un manejo adecuado o en cualquier evento previsto en el contrato, reglamento o la ley Declara que ha sido informado en forma clara y completa acerca de los siguientes aspectos del seguro de depósito: inscripción de COOPACREDITO SANTA ROSA, objeto, titular(es), productos de depósito cubiertos o no y valores asegurados.				
CONTRATO DE ADHESIÓN				
Acepta que la presentación de esta solicitud no implica obligación para COOPACREDITO SANTA ROSA de celebrar contrato o conceder crédito al solicitante, y su aprobación se sujeta a las normas y políticas vigentes, declara que ha recibido información suficiente, clara y oportuna de las características de los productos y/o servicios solicitados; sus derechos y obligaciones; condiciones, tarifas y precios; y las medidas de seguridad aplicables; y que conoce los reglamentos de los productos solicitados, que acepta dichos reglamentos y adhiere a las estipulaciones allí establecidas, las cuales se incorporan a la presente solicitud y en conjunto instrumentan un contrato de adhesión el cual acepta y celebra de manera informada y consciente.				

CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACION	
<p>El (los) abajo firmantes actuando en nombre propio y/o en representación de la sociedad: _____, autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ROSA DE OSOS LIMITADA con NIT. 890.908.823-2, de manera irrevocable, escrita, expresa, concreta, suficiente, voluntaria e informada, para que toda la información personal, actual y la que se genere en el futuro fruto de las relaciones financieras, comerciales y/o contractuales establecidas con la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ROSA DE OSOS LIMITADA, referente a mi comportamiento financiero, crediticio, origen de fondos, comercial, laboral y de servicios que exista en bases de datos, centrales de riesgo o de información, nacionales o extranjeras, especialmente aquella referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones que directa o indirectamente tengan carácter de dinerarias, independientemente de la naturaleza del contrato que les de origen, sea administrada, capturada, procesada, operada, verificada, transmitida, transferida, usada o puesta en circulación y consultada.</p>	
AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
<p>Yo _____ identificado con cc _____ de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada, según lo expresado en la Ley 1581 de 2012 y en el Decreto único reglamentario 1074 de 2015, artículo 2.2.2.25.2.2, autorizo a COOPACREDITO SANTA ROSA, identificada con NIT 890908823-2, situada en la calle Real N. 29 – 33 del municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, autorización que entendí dar a la empresa aun desde mi vinculación en forma verbal de manera libre, previa, expresa, inequívoca e informada.</p> <p>De igual forma, autorizo a COOPACREDITO a publicar imágenes y videos en sus respectivos portales webs y medios de difusión pública, nacional e internacional. Esta autorización comprende la cesión irrevocable de todos los derechos sobre las fotografías y escenas, sin establecer ningún límite de tiempo para su concesión. Las imágenes, en ningún caso, supondrán una vulneración de los derechos de honor, a la intimidad personal, familiar y a la propia imagen del niño o de la niña si fuere el caso, tal y como lo establece la ley vigente de protección al menor, el derecho de honor y la intimidad.</p> <p>Declaro que he sido informado de cuales datos personales serán recolectados. Así mismo, declaro que conozco y acepto la <i>Política de Tratamiento de la Información Personal</i> de COOPACREDITO SANTA ROSA. Adicionalmente manifiesto que la información la he suministrado de manera voluntaria, es verdadera y puede ser verificada por COOPACREDITO SANTA ROSA cuando lo considere pertinente.</p>	
CONSTANCIA DE ENTREVISTA Y VERIFICACION DE INFORMACION – USO EXCLUSIVO PARA COOPACREDITO SANTA ROSA	
<p>Declaro el diligenciamiento por el solicitante y la realización de la entrevista en Fecha _____ Hora _____</p> <p>_____ Nombre del Asesor que realiza la entrevista o verifica</p> <p>_____ Firma del Asesor que realiza la entrevista</p>	<p>Firma Solicitante C.C.</p>
	<p>Índice Derecho</p>
CONCEPTOS Y OBSERVACIONES DEL ASESOR. PARA USO EXCLUSIVO DE COOPACREDITO SANTA ROSA	

El Capítulo III de los Estatutos, en el artículo 12, numeral 8, hace referencia a acreditar que el asociado a recibido información básica sobre principios, valores, derechos y deberes cooperativos, dando así cumplimiento a lo establecido en Ley 79 de 1988.