



## GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Código: GA-FVA-2022

## Proceso de vinculación de asociados

Versión: 4

## FORMULARIO DE VINCULACIÓN / ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS PERSONAS NATURALES

Fecha: mayo 03 de 2022

Aprobado: junio 11 de 2022

VINCULACIÓN		ACTUALIZACIÓN		REINGRESO		Fecha de diligenciamiento			D	MM	AAAA		
<b>1. INFORMACION PERSONAL</b>													
Nombres:					Apellidos:								
Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PAS	Otro: _____	Número:		Fecha de expedición:	DD	M	AAAA	Lugar de expedición:	
Fecha de nacimiento:	DD	MM	AAAA	Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:							
Dirección de residencia:				Departamento:			Municipio:						
Estrato:		Tipo de vivienda:	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Arriendo	Número de personas a cargo:		Estado civil:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Otro
Correo electrónico personal:					Teléfono fijo:			Celular:					
Referido:		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nombre de quien refiere:									
<b>2. ACTIVIDAD ECONÓMICA</b>													
Empleado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Otro? <input type="checkbox"/>	Cual:							
Ocupación u oficio:		Código CIU:		Tipo de contrato:	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Indefinido	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> C/H	Vigencia contrato:				
Empresa donde labora:				Cargo:			Fecha de ingreso:						
Dirección empresa				Correo electrónico laboral									
Departamento			Ciudad:		Teléfono y ext:								
Nivel educativo:		<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Pregrado	<input type="checkbox"/> Tecnólogo	<input type="checkbox"/> Especialización	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Preescolar	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado	
<b>3. INFORMACIÓN FINANCIERA</b>													
Es declarante de renta:		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuenta bancaria donde autoriza a la Cooperativa COOAUTÓNOMA realizar transferencia electrónica de pagos o desembolsos.									
Tipo de cuenta:		Ahorros <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>	Banco: DAVIVIENDA No. de cuenta:									
<b>Relación de ingresos y egresos mensuales:</b>					<b>Relación activos, pasivos y patrimonio:</b>								
Ingresos derivados de su actividad principal:		\$	Activos (bienes que posee):				\$						
Otros ingresos:		\$	Pasivos (deudas que posee):				\$						
Egresos:		\$	Patrimonio (activos - pasivos):				\$						
Activos representados en:	Menaje hogar <input type="checkbox"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	Lote <input type="checkbox"/>	Vehículo <input type="checkbox"/>	Motocicletas <input type="checkbox"/>	Otro _____							
Pasivos representados en:	Crédito consumo <input type="checkbox"/>	Crédito Hipotecario <input type="checkbox"/>	Libranza <input type="checkbox"/>	Tarjetas de crédito <input type="checkbox"/>	Deudas con particulares <input type="checkbox"/>	Crédito vehicular <input type="checkbox"/>	Otro _____ Presenta morosidad alguna Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
<b>4. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>													
Residencia en otro país:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cual: _____	Segunda nacionalidad:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cual: _____						
Realiza operaciones en moneda extranjera:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Describe tipo de operaciones que realiza en moneda extranjera y frecuencia: _____										
Posee cuentas en moneda extranjera:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Moneda:		Ciudad:		País:						
Entidad Financiera:				Número de cuenta:									
<b>5. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE</b>													
En cumplimiento de las obligaciones derivadas del Decreto 1674 de 2016, durante el periodo en que ocupen sus cargos y durante los dos (2) años siguientes a cualquier forma de desvinculación del mismo, las Personas Expuestas Políticamente deberán suministrar la siguiente información, cuando sea solicitado en los procesos de vinculación, debida diligencia, actualización anual y conocimiento del cliente, efectuado por los sujetos obligados										Código PEP:			
Por su cargo o actividad, ¿administra, maneja o tiene poder de disposición sobre Recursos Públicos?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Tiene usted la condición de Persona Expuesta Políticamente (PEP)?				Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
¿Es usted familiar (en primer grado civil, hasta segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad), o asociado de una persona que por su cargo maneje recursos públicos o tenga la condición de Persona Expuesta Políticamente?										Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

**6. COMPOSICION FAMILIAR**  
**INFORMACION DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE**

Nombres:												Apellidos:					
Tipo de identificación:	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PAS	Otro: _____	Número:					Fecha de expedición:	DD	MM	AAAA	Teléfono de contacto:		
Fecha de nacimiento:	DD	MM	AAAA	Nacionalidad:							Labora:	SI	NO	Ocupación u oficio:			
Nombre de la empresa donde labora:						Cargo:						Tiempo laborado:					
Nivel educativo:	Ninguno <input type="checkbox"/>		Primaria <input type="checkbox"/>		Pregrado <input type="checkbox"/>		Tecnólogo <input type="checkbox"/>		Especialización <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>						
	Preescolar <input type="checkbox"/>		Bachillerato <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/>		Maestría <input type="checkbox"/>		Doctorado <input type="checkbox"/>								

**GRUPO FAMILIAR FAMILIAR PRIMARIO ESTABLECIDO SEGÚN EL ESTATUTO**

Parentesco	Nombres y Apellidos		Documento de identidad	Edad	Dependencia Económica		Fecha de nacimiento
					SI	NO	___/___/___
					SI	NO	___/___/___
					SI	NO	___/___/___
					SI	NO	___/___/___
					SI	NO	___/___/___

**7. REFERENCIAS**

Rreferencia personal:	Nombres y Apellidos	Afinidad	Números de contacto
Rreferencia familiar:	Nombres y Apellidos	Afinidad	Números de contacto

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

**PRIMERO.-PRIVACIDAD DE LA INFORMACION.** Con ocasión de la entrada en vigencia de la ley Estatutaria 1581 del 2012 "Por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales", otorgo autorización para el tratamiento de mis datos personales, según lo disponga el artículo 9º de la mencionada ley, los cuales serán incorporados a una base de datos de la que es responsable **COOAUTONOMA**, que de conformidad con la ley como titular de los datos tiene derecho entre otros aspectos a: Conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar la corrección de datos parciales inexactos, incompletos, fraccionados o que induzcan en error, ser informado sobre el uso de mis datos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos personales, además ser informado para 1. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas. 2. Informar sobre cambios de productos o servicios. 3. Evaluar la calidad de productos y servicios. 4. Proveer productos. 5. Informar sobre nuevos productos o servicios que estén relacionados con la actividad comercial y social. 6. Dar información comercial, publicitaria o promocional sobre los productos y/o servicios, eventos y/o promociones de tipo comercial o no de estas, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, promociones o concursos de carácter comercial o publicitario. **Medios de información:** Estas actividades se podrán realizar a través de correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensaje de texto (SMS y/o MMS), o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer. **Autorizo a COOAUTONOMA**, a grabar en cualquier medio de almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, de acuerdo y ejecución de operaciones realizadas por mí y sus funcionarios o empleados de **COOAUTONOMA**. Se entiende que la información obtenida es de carácter reservado, pudiendo ser utilizada por **COOAUTONOMA** con fines probatorio, absteniéndose de realizar divulgaciones ilícitas o fraudulentas de las mismas o darle a conocer a terceros con fines diferentes a los previstos y expresados con el consentimiento del Asociado o cliente.

**SEGUNDO.- DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES LICITAS**

1. Declaro que los recursos o bienes descritos en el formato del FORMULARIO DE VINCULACION Y/O ACTUALIZACION COMO ASOCIADO a COOAUTONOMA, provienen de actividades lícitas, de conformidad con la normativa Colombiana.
2. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta de aportes, provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Los recursos que entrego provienen de las fuentes que describí en los apartados 2 y 3 del presente formulario.
4. Que todas las actividades e ingresos que se perciben provienen de actividades lícitas.
5. Me comprometo a que los dineros y/o recursos que recibo de parte de COOAUTONOMA por motivo de créditos, auxilios o devolución de aportes serán destinados únicamente para actividades lícitas.

**TERCERO.- AUTORIZACION SARLAFT.** Expresa e irrevocablemente autorizo a COOAUTONOMA o a quien represente sus derechos: (i) Para que realice las consultas y controles establecidos en los términos de su política de administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo para verificar en las fuentes que considere necesarias, la información suministrada en el presente documento, tales como los listados de la OFAC (Office of Foreign Assets Control) o de las Naciones Unidas, entre otras listas vinculantes nacionales e internacionales. (ii) Para efectuar los reportes a las autoridades competentes en materia de lavado de activos y financiación al terrorismo, que considere necesarios realizar de conformidad con sus reglamentos y manuales de administración del riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo.

**CUARTO.- DECLARACION SARLAFT.** Considerando la obligación legal que corresponde a todas las personas vinculadas/asociadas con COOAUTONOMA, para aplicar el SARLAFT (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo), con base en el Código de Conducta, los Manuales de procedimientos, así como las normas establecidas en las Circulares de la Superintendencia de la Economía Solidaria, DECLARO que me comprometo como Parte Interesada a dar cumplimiento con las mencionadas normas, las cuales me fueron explicadas mediante las políticas recibidas por parte de la Gerencia / Oficial de Cumplimiento de la Cooperativa y de las cuales firmo compromiso. Además como parte interesada, me comprometo a reportar a la Gerencia / Oficial de Cumplimiento, las operaciones inusuales o sospechosas y posibles eventos de fraude tanto internos como externos que detecte junto con las pruebas suficientes.

1. Declaro que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional o bloqueado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, o delitos asociados al turismo sexual de menores de edad. Que en mi contra no se adelantan ningún proceso en instancia nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.
2. Autorizo a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con COOAUTONOMA o cualquiera de sus capítulos en caso de infracción de cualquier de los numerales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de la responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
3. Declaro, garantizo y acepto que con relación a mi vinculación como asociado, no hubo y no habrá ninguna solicitud, exigencia, cobranza, dádiva, ventaja o promesa de ventaja indebida, sea o no con el pretexto de influenciar la obtención de una actuación por funcionario público y/o privado.
4. Declaro que me fue informado de parte de COOAUTONOMA que, la Cooperativa podrá terminar de manera unilateral e inmediata la relación de asociación que se origina con la aprobación de mi vinculación, sin el pago de indemnización alguna, en caso que llegare a ser: (i) condenado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos, financiación del terrorismo y administración de recursos relacionados con dichas actividades o condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de los anteriores delitos; (ii) incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la lista de la Oficina de Control de Activos en el Exterior – OFAC emitida por la Oficina del Tesoro de los Estados Unidos de Norte América, la lista de la Organización de las Naciones Unidas y otras listas públicas de orden nacional e internacional, relacionadas con el tema del lavado de activos y financiación del terrorismo.

**QUINTO.-AUTORIZACION REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO:** AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a la COOPERATIVA COOAUTONOMA, para que exclusivamente, con fines estadísticos de control, supervisión y de información interbancaria, reporte a la central de información de la asociación bancaria de entidades financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos propósitos, el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o que se lleguen a contraer en el fruto de contratos con COOAUTONOMA en especial el manejo de contratos de aportes, demás operaciones de crédito, la presente autorización comprende además el reporte de información referente a la existencia de deudas vencidas y sin cancelar por un término no mayor al momento en el cual se extingue la obligación y en todo caso durante el tiempo de la mora, el retardo o el incumplimiento.

**SEXTO.-DECLARACION DE ACEPTACION DEL ACUERDO COOPERATIVO:** DECLARO que es mi decisión voluntaria cumplir los requisitos exigidos para hacerme asociado(a) de la COOPERATIVA COOAUTONOMA, por lo cual declaro mi adhesión al Acuerdo Cooperativo, los estatutos y demás normas que lo regulan. Igualmente me comprometo a conocer, practicar y fomentar la Filosofía Cooperativa y Pensamiento Solidario de confiar y aceptar la responsabilidad que me corresponde como co-dueño de la cooperativa.

**SEPTIMO.-OTRAS AUTORIZACIONES Y OBLIGACIONES:** AUTORIZO a la COOPERATIVA COOAUTONOMA para que consulte información en cualquier clase de entidad pública o privada legalmente constituida, con el fin de que dicha entidad certifique la titularidad de bienes que se encuentren a mi nombre. Igualmente me OBLIGO a cancelar el valor de las primas de seguro de vida y demás pólizas que estamos obligados y que serán canceladas conjuntamente con la amortización del crédito y por los valores establecidos en las respectivas pólizas y en las condiciones establecidas en la Ley.

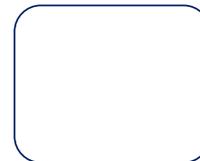
**OCTAVO.-AUTORIZACION DE DESCUENTO:** AUTORIZO a la **COOPERATIVA COOAUTONOMA** para que, en caso de aceptarme como asociado(a), realice el descuento mensual por concepto de aportes sociales del (\_\_\_%) de mis ingresos declarados; créditos y demás cuotas debidamente aprobadas por la cooperativa, igualmente para debitar los gastos de estudios, administración del crédito y el pago de servicios recibidos de terceros. **AUTORIZO** a la cooperativa realizar desembolso de los créditos a mis cuentas registradas.

Con la firma del presente documento CERTIFICO que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa COOAUTONOMA para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar los datos que componen mi información personal y que suministraré a COOAUTONOMA de manera voluntaria para su tratamiento, cada vez que uno de ellos cambie de estado o sea modificado o mínimo anualmente. DECLARO de manera expresa, libre y voluntaria que recibí a entera satisfacción la información suministrada por el asesor: deberes y derechos, auxilios, condiciones, reglamentación interna y estatutaria, FIRMO a entero conocimiento de la anterior información y AUTORIZO la consulta ante las centrales de riesgo (Datacredito y Transunion) y en las listas vinculantes LA/FT nacionales e internacionales.

En constancia de lo anterior firmo y estampo la huella del dedo que registra mi documento de identidad.

\_\_\_\_\_

Firma



Huella

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD**

Documentos requeridos Empleados y Pensionados			Documentos requeridos Independientes		
Copia del documento de identidad	<input type="checkbox"/>		Copia del documento de identidad	<input type="checkbox"/>	
Constancia de ingresos	<input type="checkbox"/>		Constancia de ingresos	<input type="checkbox"/>	
Últimos vouchers de pago	<input type="checkbox"/>		RUT	<input type="checkbox"/>	
Autorización de descuentos	<input type="checkbox"/>		Autorización de descuentos	<input type="checkbox"/>	
Autorización consulta centrales de riesgo	<input type="checkbox"/>		Autorización consulta centrales de riesgo	<input type="checkbox"/>	
Consulta en listas vinculantes	<input type="checkbox"/>		Consulta en listas vinculantes	<input type="checkbox"/>	

Fecha de realización de la entrevista:	DD	MM	AAAA	Observaciones:	
--	----	----	------	----------------	--

Nombre y firma del funcionario que realizó la entrevista:

Fecha de realización de la verificación:	DD	MM	AAAA	Observaciones:	
--	----	----	------	----------------	--

Nombre y firma del funcionario responsable de la verificación:

\_\_\_\_\_

Presidente Consejo de Administración

\_\_\_\_\_

Secretario (a) Consejo de Administración

Aprobado	<input type="checkbox"/>	Aplazado	<input type="checkbox"/>	Negado	<input type="checkbox"/>	Fecha:		N° de acta:	
----------	--------------------------	----------	--------------------------	--------	--------------------------	--------	--	-------------	--