

FORMULARIO DE ADMISION Y/O ACTUALIZACION DE DATOS ASOCIADO



Cooperativa de Aportes y Crédito Hospital San Vicente de Paul COOSVIPAL
Nit. 891.380.020-1 Tels: - 310 8457289
www.coosvipal.com

Gestión Administrativa Código: GA-FO-VA Fecha Form: marzo 07 de 2024

POSTULANTE					VERSION 7	
FECHA DE RECEPCIÓN	Día		Mes		Año	Hora
FECHA DE INGRESO AL SISTEMA	Día		Mes		Año	Usuario

Señores: CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN COOSVIPAL

Solicito a ustedes la admisión como Asociado a COOSVIPAL, aceptando las normas internas que regulan a la cooperativa y comprometiéndome a cumplir todas las obligaciones que de ellas se derivan, así como las disposiciones emanadas de sus organismos de dirección y administración. Para los fines de esta solicitud suministro la siguiente información verídica y autorizo a COOSVIPAL para que la verifique. Todos los espacios de este formato deben quedar completamente diligenciados, en el caso de no requerir o aplicar información por favor escriba N.A. (NO APLICA). El presente documento de conocimiento de la contraparte no compromete a COOSVIPAL a aceptar el (los) riesgo (s) que requiera la contraparte. Este documento se realiza ÚNICAMENTE para que se efectúe estudio del (los) riesgo (s), su aprobación y/o aceptación está sujeta al cumplimiento de las políticas establecidas por la Cooperativa para la vinculación de asociados y las políticas SARLAFT de COOSVIPAL

*DATOS DEL SOLICITANTE

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo de Identificación	Fecha y Ciudad de Nacimiento			Fecha y Ciudad de Expedición			Edad
	D	M	A	CIUDAD	D	M	A
N°							
Dirección Residencia				Barrio		Tipo de Vivienda	
						Estrato	
N° Personas a cargo		Ciudad	Departamento		Nacionalidad		Pertenencia a etnias
Madre/padre cab. flia.	Si	No					
Celular	Teléfono Fijo / Otro			Correo Electrónico			

*DATOS LABORALES Y FINANCIEROS

Nombre Empresa Donde labora o Actividad realizada	Direccion empresa / Ciudad		Fecha de Ingreso / tiempo laborado		Teléfono (s)	
Tipo de Contrato	Salario Básico Mensual (\$)		Seccion / Dependencia / Ubicación			
Actividad - Ocupacion	Codigo CIU		Profesion - Cargo - Oficio			
Declara Renta	Ciudan / Reside. Americana		Nivel Academico			
Egresos Mensuales	Otros Ingresos		\$	Especifiquelos		
RELACION ACTIVOS			OTROS BIENES	VALOR ACTIVOS		
RELACION PASIVOS			ENTIDAD	VALOR SALDOS		
TOTAL ACTIVO \$ (Bienes que Posee)		TOTAL PASIVO \$ (Deudas que Posee)		PATRIMONIO \$ (Total Activos - Total pasivos)		
\$ 0		\$ 0		\$ 0		
Banco	Número de Cuenta Bancaria		Tipo de cuenta			

*DATOS DEL CÓNYUGE o COMPAÑERO(A) PERMANENTE

1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo de Identificación	Fecha y Ciudad de Nacimiento			Entidad Donde labora O labor Realizada			Telefono Emp.
	D	M	A	CIUDAD			
N°							
Dirección Residencia				Celular y/o Telefono		Correo Electronico	
Tipo de Contrato	Salario Básico Mensual (\$)		Seccion / Dependencia / Ubicación				
Actividad - Ocupacion	Codigo CIU		Profesion - Cargo - Oficio				
Declara Renta	Ciudan / Reside. Americana		Nivel Academico				
Egresos Mensuales	Otros Ingresos		\$	Especifiquelos			

REFERENCIAS

Familiar	Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono Fijo	Celular	Dirección
Personal	Nombre y Apellido	Ciudad de residencia	Teléfono Fijo	Celular	Empresa donde labora
Comercial	Razón social	Tipo de relación	Contacto	Teléfono	Tiempo de la relación comercial

COMPOSICION FAMILIAR PERSONAS CON QUIEN CONVIVE																
PARENTESCO		N° Identificación		Nombres		Apellidos		Edad	Número de contacto		Depencia Económica		Aportante			
											SI					
											SI					
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:								TELEFONO:								
ALERGIAS O CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O PREEXISTENTES EN CASO DE UNA EMERGENCIA:																
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES																
Manifiesto, declaro y autorizo: PRIMERO.-AUTORIZO de manera permanente e irrevocable a la COOPERATIVA COOSVIPAL, 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 financieros de la COOPERATIVA COOSVIPAL 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 y/o autorización indebida de los servicios financieros 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. No solo faculto a la COOPERATIVA COOSVIPAL a reportar, procesar y divulgar a la central de información bancaria de Colombia, encargada del manejo de los datos comerciales, personales y económicos, así como a solicitar información sobre mí, sean reportados y sean procesados para el logro del propósito de la(s) central(es) y sean circularizadas con fines comerciales, de conformidad con el(los) reglamento(s) vigente(s) de la(s) misma(s). ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE. SEGUNDO.- DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y DE ACTIVIDADES LICITAS 1. Declaro que los recursos o bienes descritos en el formato de FORMULARIO DE ADMISIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN COMO ASOCIADO a la COOPERATIVA COOSVIPAL, provienen de actividades lícitas, de conformidad con la normativa Colombiana. 2. Que no admitiré que terceros efectúe depósitos en mis cuentas de fondos 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 siguientes fuentes (detallar el origen: ocupación, profesión, negocio, entre otros): _____ 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 COOSVIPAL por motivo de créditos, auxilios o devolución de aportes serán destinados únicamente para actividades lícitas. TERCERO.- AUTORIZACIÓN SARLAFT. Expresa e irrevocablemente autorizo a COOSVIPAL 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.- DECLARACIÓN SARLAFT. Considerando la obligación legal que corresponde a todas las personas vinculadas/asociadas con COOSVIPAL, 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 al Gerente, las operaciones inusuales o sospechosas y posibles eventos de fraude tanto internos como externos que detecte junto con las pruebas suficientes. 4. 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 mí contra no se adelantan ningún proceso en instancias nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores. 5. Autorizo a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con COOPERATIVA COOSVIPAL 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. 6. Declaro, garantizo y acepto que con relación a mí vinculación como asociado, no hubo y no habrá ninguna solicitud, exigencia, cobranza, dación, 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. 7. Declaro que me fue informado de parte de COOSVIPAL 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.-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", requerimos esta autorización para el tratamiento de sus 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 COOSVIPAL, que de conformidad con la ley como titular de los datos tiene derecho entre otros aspectos a: Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar la corrección de datos parciales inexactos, incompletos, fraccionados o que induzcan en error, ser informado sobre el uso de sus datos, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y comercio, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos personales, además ser informados para 1. Dar cumplimiento a obligaciones contraídas. 2. Informar sobre cambios de nuestros productos o servicios. 3. Evaluar la calidad de nuestros productos y servicios. 4. Proveer nuestros productos. 5. Informar sobre nuevos productos o servicios que estén relacionados con nuestra 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 las podemos 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 analógico y/o digital de comunicación, conocido o por conocer. Autorizo a COOSVIPAL, 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 COOSVIPAL, de acuerdo al Decreto 2555 de 2010, de la Superintendencia Financiera de Colombia. Se entiende que la información obtenida es de carácter reservado, pudiendo ser utilizada por COOSVIPAL 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.																
Administra o maneja Recursos Públicos?				Persona Expuesta Políticamente (PEP)?				Tiene algun familiar (PEP)?				Codigo PEP				
Realiza operaciones en moneda extranjera				Tipo operaciones				Posee cuentas en el exterior?				Tipo de producto				
Todos los datos son verídicos y Autorizo de manera expresa e inequívoca que mis datos personales sean tratados conforme a lo previsto en el presente documento																
DECLARO de manera expresa, libre y voluntaria que todos los datos arriba registrados son ciertos y 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 las listas vinculantes nacionales e internacionales y Me comprometo a cancelar por caja, nómina o consignación en la cuenta asignada por COOSVIPAL las obligaciones adquiridas con la Cooperativa mensualmente.																
FONDO SOCIAL / MUTUAL \$ _____													FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE C.C.			
APORTES SOCIALES \$ _____																
COOSVIPAL SE RESERVA EL DERECHO APROBAR O IMPROBAR LA ADMISIÓN DE ACUERDO CON EL ESTATUTO VIGENTE. FAVOR NO DILIGENCIAR ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA																
TRABAJADOR ACTIVO O PENSIONADO																
Desprendibles de Pago		Carta Laboral		Fotocopia de CC.150%		Recibo de serv. públicos		Aut. de Descuentos y centrales		Verif. Listas restr						
TRABAJADOR INDEPENDIENTE																
RUT		Constancia de ingresos		Fotocopia de CC.150%		Recibo de serv. públicos		Aut. de Descuentos y centrales		Verif. Listas restr						
FECHA DE REALIZACION DE CONSULTAS, VERIFICACION DE DOCUMENTOS Y OBSERVACIONES																
ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA (VERIFICACIÓN DE DATOS)																
Fecha realización entrevista						Nombre y firma funcionario que realizó la entrevista				Nombre y firma funcionario responsable de verificación						
D		M		AÑO												
APROBADO		NEGADO		APLAZADA		ACTA N°		FECHA								