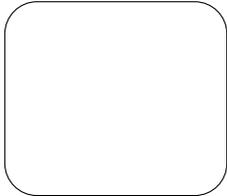


 <p>COOPCIDES Unidos construimos futuro</p>		FORMATO DE SOLICITUD DE VINCULACION COMO ASOCIADOS		
		Numero de Cuenta		
		Ciudad	Agencia	Fecha Diligenciamiento
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE				
Nombres y Apellidos				Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>		Número	Fecha y lugar de Expedición	Lugar de Nacimiento (Ciudad y País)
Estado Civil (Seleccione) Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Nivel Educativo (Seleccione) Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>		Fecha nacimiento DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>
Dirección		Barrio	Localidad	Estrato
Municipio	Departamento	Celular	Correo electrónico	
Pertenece a algun grupo de protección especial constitucional	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Niñas, niños y adolescentes	<input type="checkbox"/> Mayores de 60 años	<input type="checkbox"/> Personas con discapacidad física mental o sensorial
		<input type="checkbox"/> Mujer cabeza de familia	<input type="checkbox"/> Víctima de conflicto armado	
Ocupación (Seleccione) Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Ama de casa <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>	Rentista de Capital <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>
Institucion Educativa		Título obtenido		
1.1 Uso exclusivo en el caso de menores de edad				
Nombres y Apellidos del Representante Legal - Tutor		Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>		Número
2. INFORMACIÓN PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS				
¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta?*		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Es usted Extranjero?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			Goza Usted de Reconocimiento público?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si marcó SI alguna de las tres preguntas anteriores por favor diligencie la información de referencias financieras				
*Persona Expuesta Públicamente (PEP) son quienes se han catalogado por la Ley como personas políticamente expuestas, como es el caso de quienes desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas dentro de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios reconocidos de partidos políticos, y todas las personas que ostentan algún grado de reconocimiento público de acuerdo a las políticas COOPCIDES, tales como artistas, deportistas, etc.				
2.1. Referencias Financieras (Exclusivo para PEPS)				
Nombre del Establecimiento		Ciudad	Teléfono	
1.				
2.2. ¿Es familiar de una Persona Expuesta Públicamente (PEP)?				
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es SI diligencie la siguiente información		
Cargo de la PEP		Nombre de la PEP		
		Parentesco con la PEP		
* Parentesco: Cónyuge, Padres, Hijos, Abuelos, Nietos, Hermanos, Suegros, Yernos/Nueras, Cuñados, Hijo Adoptivo, Padres Adoptante				
3. INFORMACIÓN FINANCIERA				
Actividad Principal CIU <input type="text"/>	Detalle Actividad Económica		Maneja Recursos Públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿De qué entidad?
Total Ingresos mensuales			Total Egresos mensuales	
Total Activos			Total Pasivos	
Otros Ingresos Mensuales			Descripción otros ingresos	
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	MES	AÑO	¿Es Declarante de Renta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.1. Datos Laborales				
Nombre de la Empresa o Negocio		Tipo de Empresa o Negocio Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Cargo
Dirección de empresa o negocio		Ciudad	No. Teléfono	
4. REFERENCIAS				
Personal	Nombre	Parentesco		Teléfono
Familiar	Nombre	Parentesco		Teléfono
5. DESCRIPCIÓN DE BIENES RAÍCES				
Tipo	Dirección	Ciudad	Entidad / Persona Hipoteca	
Tipo:	1 Casa	2 Apartamento	3 Finca	4 Local
				5 Lote
				6 Oficina
				7 Edificio
				8 Otro
				¿Cuál?
6. DESCRIPCIÓN DE VEHÍCULOS				
Clase de Vehículo	Marca	Modelo	Placa	Entidad / Persona Pignoración
1.				
2.				
6.1 MAQUINARIA Y/O EQUIPO				
Describa la maquinaria y/o equipos de su propiedad, donde se encuentra ubicada y cual es su uso:				
7. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA				
Operaciones en moneda extranjera		Importación <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Exportación <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Transferencia <input type="checkbox"/>	Préstamos <input type="checkbox"/>	Pago servicios <input type="checkbox"/>
Tipo de operación		Otro <input type="checkbox"/>	Cuál? _____	
8. BENEFICIARIOS				
	Nombres y Apellidos	Parentesco	Documento	Fecha nacimiento
				Teléfono
				%
1				
2				
3				
4				
5				

9. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES	
	Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo consignado en la presente solicitud es cierto, le otorgo en forma permanente e irrevocable a la Cooperativa Multiactiva de Desarrollo Social y Económico "COOPCIDES", las siguientes autorizaciones, razón por la cual realizo y hago las siguientes declaraciones:
HABEAS DATA	Declaro que la información suministrada es cierta y autorizo a COOPCIDES o a quien se subrogue en su posición jurídica para: a) Confirmar mi información b) Terminar cualquier contrato celebrado y exigir anticipadamente el pago de cualquier obligación si esta resulta falsa o inexacta c) Consultar, reportar y divulgar a las Centrales de Información Financiera o bases de datos nacionales e internacionales, toda la información relevante para conocer mi comportamiento moral, financiero y comercial y el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales que tenga todo con la finalidad de evaluar el riesgo de iniciar, ejecutar o terminar una relación contractual, determinar mi capacidad de pago, desarrollar modelos estadísticos o de otro tipo y/o adelantar actividades comerciales, institucionales o de seguimiento y recuperación de obligaciones. Acepto que el cumplimiento o no de mis obligaciones se reflejará en mi historial financiero pasado, presente y futuro.
ORIGEN DE FONDOS	Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 04 de 2017 expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria o cualquier otra que adicione, modifique o reemplace, Estatuto Anticorrupción (Ley 90 de 1995), y Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) y de más normal legales concordantes. Declaro que mis recursos provienen de _____. Declaro que no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o sus normas regulatorias. Que conozco y aplico las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y no permitiré que terceros realicen transacciones o entreguen en mi nombre fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas. Autorizo a COOPCIDES 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 al terrorismo. Eximo a la cooperativa de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento. Me obligo con COOPCIDES a actualizar la información suministrada por lo menos una vez al año, reportando los cambios a que haya lugar.
PROTECCIÓN DE DATOS	De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y el Decreto 1377 de 2013, autorizó a que los datos consignados en el presente formulario sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la Cooperativa Multiactiva de Desarrollo y Económico "COOPCIDES" siendo tratados con la finalidad de realizar gestión de clientes, gestión administrativa, prospección comercial, fidelización de clientes, marketing, encuestas de opinión, publicidad propia, venta a distancia, comercio electrónico y el envío de comunicaciones comerciales sobre sus productos y/o servicios. De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a la Cooperativa Multiactiva de Desarrollo Social y económico "COOPCIDES" a la dirección de correo electrónico info@coopcides.com.co, indicando en el asunto el derecho que deseo ejercitar. Me obligo a informar cualquier cambio de actividad económica, laboral y residencial y mantener actualizada la misma. Así mismo, de acuerdo con la ley 527 de 1999 autorizó para que puedan usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de mi identidad.
DECLARACIÓN DE VINCULACIÓN	Declaro haber recibido información sobre mis derechos y deberes como asociado, los cuales se encuentran estipulados en el Estatuto publicado en la página web de la cooperativa, además he sido informado de: 1. Los aportes sociales me permiten acceder a créditos y son el apalancamiento para el otorgamiento de los mismos. 2. No se puede hacer cruces parciales entre aportes y créditos. 3. El aporte social me da derecho a recibir los servicios y beneficios de: crédito, capacitación, fondo de solidaridad, convenios, recreación, participación democrática en la Asamblea, pertenecer a los órganos de administración y recibir anualmente una revalorización equivalente a la rentabilidad financiera del año anterior. 4. La devolución de los aportes sociales únicamente se podrá solicitar con el retiro como asociado de la cooperativa, diligenciando el formato dispuesto para este fin y conforme a la programación de cada agencia que estará ajustada a lo establecido en el Estatuto de la Cooperativa.

10. ACEPTACION	
Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido, acepté lo anterior, en constancia firmo:	
_____ Firma Solicitante	 Huella Índice Derecho

11. ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPCIDES

11.1. ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE, VERIFICACION EN LISTAS, VERIFICACION DE INFORMACION	
Responsable entrevista _____ Fecha y hora de entrevista _____ Observaciones _____ _____ Responsable verificación información _____ Observaciones _____ _____	Consulta en Listas Restrictivas/Vinculantes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Observaciones _____ _____ Responsable _____

12. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

1. Formato de Vinculación <input type="checkbox"/>	5. Otros _____
2. Fotocopia Documento de identificación <input type="checkbox"/>	_____
3. RUT <input type="checkbox"/>	_____
4. Certificación Laboral o desprendibles de nómina <input type="checkbox"/>	_____

13. APROBACIÓN

Órgano de aprobación	Consejo de Administración <input type="checkbox"/>	Gerencia <input type="checkbox"/>	Director Agencia <input type="checkbox"/>	No. Acta <input type="text"/>	Fecha aprobación <input type="text"/>
Ratificación Consejo de Administración*	No. Acta <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>			

*En caso de ser aprobado por órgano diferente a Consejo de Administración