

GESTIÓN DEL ASOCIADO		Código	CON-GSA-151
		Version	5
VINCULACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN PERSONA NATURAL Y JURIDICA		Fecha	Octubre 2023

Tipo VINCULACION	Agencia PRINCIPAL	Nombre del Asesor	Asesor	Fecha
---------------------	----------------------	-------------------	--------	-------

DATOS PERSONALES													
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo		Tipo Doc C.C		Documento de Identidad		F Expedición		Ciudad de Expedición	
F Nacimiento		Lugar de Nacimiento		Sexo		Nivel de Estudios		Título Obtenido		Estado Civil		Hijos	
Dependientes		Tipo Vivienda		Estrato		Nombre del Arrendador		Tel Propietario		Correspond.		Tel Residencia	
										Dirección Residencia		Barrio Residencia	
Municipio Residencia		Departamento Residencia		Correo Electrónico		Celular		Dirección de Trabajo		Tel Trabajo			
Municipio de Trabajo		Departamento de Trabajo		Ocupación Principal INDEPENDIENTE		Regimen		¿Es PEP?		Rec Públicos		Declara Renta	
DATOS LABORALES													
SI USTED ES ASALARIADO O EMPLEADO													
Tipo de Contrato N/A		Empresa donde Labora N/A		Cargo N/A		Teléfono N/A		Fecha de Vinculación N/A					
SI USTED ES INDEPENDIENTE													
Ocupación		Empleados		Tiempo Ejerciendo		Ubicación Puesto de Trabajo		Tipo de Sector					
SI POSEE NEGOCIO, DILIGENCIE													
Nombre del Negocio				Tipo de Local				Meses en el Local					
Nombre del Dueño				Teléfono del Dueño		¿Cámara y Comercio?		¿Industria y Comercio?					
INFORMACIÓN GENERAL DE (LOS) SOLICITANTE(S) PERSONA(S) JURÍDICA(S)													
Tipo de Empresa N/A		Nit N/A		Razón Social N/A		Actividad Económica N/A		CIIU N/A					
Dirección de la Empresa N/A		Departamento Empresa N/A		Municipio Empresa N/A		Teléfono Empresa N/A							
Nombre del Representante Legal N/A		No. Identificación N/A		Expedida en N/A		Fecha de Expedición N/A							
Dirección de Domicilio N/A		Barrio N/A		Correo Electrónico N/A									
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA													
¿Cuentas en el Exterior? N/A		Nombre de la Entidad N/A		¿Moneda Extranjera? N/A		Tipo de Operación N/A							
Tipo de Moneda N/A		Número de Cuenta N/A		Monto N/A		Ciudad N/A		País N/A		Tipo de Producto N/A			
INFORMACIÓN BÁSICA FINANCIERA													
Honorarios N/A		Comisiones N/A		Arriendos N/A		Dividendos N/A		Bonificaciones N/A		Pensión N/A			
Utilidad del Negocio N/A		Rendimientos Financieros N/A		Giros del Exterior N/A		Ingresos Familiares N/A							
INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES				ACTIVOS					
Ingresos Principales		Gastos Personales		Ahorros, Inversiones, CxC		Deudas Financieras							
Ingresos Familiares		Cuotas de Crédito N/A		Vehículo, Propiedad, Equip N/A		Deudas con Terceros N/A							
Otros_Ingresos_Permanentes.		Otros Egresos N/A		Otros Activos N/A		Otros Pasivos N/A							
TOTAL DE INGRESOS.		TOTAL DE EGRESOS		TOTAL DE ACTIVOS.		TOTAL DE PASIVOS.							
REFERENCIAS													
¿Familiar Empleado o Directivo en SigloXX? NO		Nombres y Apellidos N/A		Parentesco N/A		Teléfono N/A							
Tipo de Referencia FAMILIAR		Nombres y Apellidos		Parentesco		Dirección de Domicilio		Municipio		Teléfono			
Tipo Referencia PERSONAL		Nombres y Apellidos		Dirección de Domicilio		Municipio		Teléfono					
Tipo Referencia N/A		Nombres de la Entidad N/A		Dirección N/A									
Tipo Referencia N/A		Establecimiento N/A											

CONYUGE Ó FAMILIARES HASTA SEGUNDO GRADO DE CONSAGUINIDAD, PRIMERO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL					
Identificación	N/A	Nombre	N/A	Parentesco	N/A
Identificación	N/A	Nombre	N/A	Parentesco	N/A
Identificación	N/A	Nombre	N/A	Parentesco	N/A
Identificación	N/A	Nombre	N/A	Parentesco	N/A
ADHESIÓN AL ACTO COOPERATIVO EN LA VINCULACIÓN DE ASOCIADOS					
De manera voluntaria me adhiero al acuerdo cooperativo, aceptando y dando cumplimiento integral al estatuto, reglamentos internos y políticas establecidas por COOPSIGLOXX , entendiendo que las actividades que realice la cooperativa y de las cuales participo y hago parte al recibir la calidad de asociado, son de interés social y sin ánimo de lucro.					
DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS					
Mis activos así como los ingresos declarados provienen de actividades lícitas adquiridas en el desarrollo de mi actividad personal y profesional, es decir son fuentes Ajenas a cualquier actividad ilícita, especialmente las señaladas en el Código Penal colombiano con los Artículos 323 y 345, con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria, el Estatuto Orgánico Financiero (Decreto 663 de 1993), ley 190 de 1995, estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorros y productos de la Cooperativa.					
SUS INGRESOS DEPENDEN DE SU ACTIVIDAD COMO INDEPENDIENTE					
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASOCIADO O AUTORIZADO					
Declaro que la información presentada en este formato y demás documentos corresponde a la realidad, no obstante autorizo saldar las cuentas o dar por terminado este contrato en caso de inconsistencias con su contenido, eximiendo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Siglo XX - COOPSIGLOXX de toda responsabilidad que se declare por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado o por no hacer oportunamente la actualización de la información, por lo menos una vez al año.					
1. Autorizo(amos) a COOPSIGLOXX para abonar a mi cuenta de ahorros el valor de los créditos que se me lleguen a otorgar, así como para debitar de ella, el valor de amortizaciones de créditos a mi cargo. Así mismo, autorizo para que me incluya en la póliza de seguro de vida que tienen contratada, asumiendo el suscrito, los cargos por tal inclusión. 2. Autorizo(amos) a COOPSIGLOXX para que toda la información aquí consignada se verifique ante cualquier persona natural o jurídica, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial. 3. Autorizo(amos) a COOPSIGLOXX para que dé por terminada la relación contractual en caso de ser negativas las referencias o ser incluido en las listas restrictivas de carácter internacional o nacional ilícita, especialmente las señaladas en el Código Penal Colombiano con los Artículos 323 y 345, relacionados con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 4. Autorizo(amos) de manera expresa e informada a COOPSIGLOXX para que de conformidad con la ley 1581 de 2012 y la política de tratamiento de datos de COOPSIGLOXX, realice el tratamiento de mis datos personales con fines estadísticos, comerciales y legales, así como a procesar, consultar, informar y reportar a las entidades de consulta de bases de datos o centrales de información y riesgo u otras entidades afines, lo referente a mi comportamiento como asociado y/o como cliente en diversas entidades que administren y estén autorizadas a divulgar tal información. Hago constar que he sido informado sobre mis derechos como titular de la información, consagrados en la política de tratamiento de datos de COOPSIGLOXX que podré consultar en la sitio Web: www.coopsigloxx.coop. 5. Autorizo(amos) a COOPSIGLOXX para que aplique descuentos de nómina y/o liquidaciones para abonar a los productos que suscriba o que llegare a suscribir como asociado. 6. En cumplimiento con lo establecido en la ley 2300 del 10 de julio de 2023, autorizo a CoopSigloXX a contactarme por medio de los siguientes canales para el proceso de cobranza y/o brindar información sobre los productos y servicios que ofrece la cooperativa:					
Marque con una X el(los) canal(es) por los cuales desea ser contactado: ☒ Todos los Canales ☐ Correo Electrónico ☐ Telefónicamente (Mensajes de Texto, Llamadas, Whatsapp) ☐ Envío de Cartas y Correspondencia a mi dirección de residencia					
Autorizo a Cooperativa de Ahorro y Crédito Siglo XX - COOPSIGLOXX para que en caso de que esta solicitud sea negada, esta entidad no me devuelva y destruya todos los documentos que he presentado. COOPSIGLOXX se hará responsable por la destrucción de los documentos. Firmo este documento en constancia de haber leído y declarado información verdadera en forma clara y precisa, aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria.					HUELLA ÍNDICE DERECHO
Firma y Cédula del Solicitante.					
VERIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SOLICITUD (PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA)					
SE CONFIRMAN REFERENCIAS					
FECHA ENTREVISTA: NOMBRE Y FIRMA EMPLEADO:					
Empleado que Verifica la Información			Aprobación Consejo de Administración		
NOMBRE			PRESIDENTE		
FECHA			SECRETARIO(A)		