

REINGRESO: SI NO ACTUALIZACION: RECOMENDADO POR:

INFORMACION SOLICITANTE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO DD-MM-YYYY	
DOCUMENTO IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. _____		DEPARTAMENTO NACIMIENTO	MUNICIPIO	NACIONALIDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
DIRECCION DE RESIDENCIA		DEPARTAMENTO	BARRIO	CIUDAD	PERSONAS A CARGO
ESTADO CIVIL Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		TELEFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL	
TIPO RESIDENCIA PROPIA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	NOMBRE FAMILIAR		PARENTESCO	
	ARRENDADA <input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL ARRENDADOR		TELEFONO	VALOR MENSUAL
TIENE UDTED PARENTESCO CON EMPLEADOS DE LA COOPERATIVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL EMPLEADO		PARENTESCO	ES USTED MADRE CABEZA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NIVEL DE ESTUDIOS Técnico <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>			TÍTULO	OCUPACIÓN Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Cuentapropia <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Otra	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		FECHA INGRESO DD-MM-YYYY	CARGO QUE OCUPA	TIPO EMPRESA Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	TIPO CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>
DIRECCION DEL DOMICILIO PRICIPAL DE LA EMPRESA		DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	AUTORIZO ENVIAR CORRESPONDENCIA Residencia <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/>	
TEELFONO	CELULAR	E-MAIL	DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/>	
DILIGENCIE SI POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO O NEGOCIO					
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		ACTIVIDAD ECONOMICA		CAMARA DE COMERCIO	NUMERO DE NIT
FECHA DE CONSTITUCION	TELEFONO	CELULAR	E-MAIL		
DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
INFORMACION DEL CONYUGUE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO DD-MM-YYYY	
DOCUMENTO IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. _____		DEPARTAMENTO NACIMIENTO	MUNICIPIO	NACIONALIDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TELEFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL		PROFESION	
NIVEL DE ESTUDIOS Primaria <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN Asalariado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>		CIUU _____	
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		FECHA INGRESO DD-MM-YYYY	CARGO QUE OCUPA	TIPO EMPRESA Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	TIPO CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>
DIRECCION DEL DOMICILIO PRICIPAL DE LA EMPRESA			DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
TEELFONO	CELULAR	E-MAIL	DECLARA RENTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EGRESOS					
	SOLICITANTE	CONYUGE		SOLICITANTE	CONYUGE
SUELDO BASICO			CUOTA TARJETA CREDITO		
HONORARIOS			CUOTA OTROS PRESTAMOS		
ARRENDAMIENTOS			GASTOS FAMILIARES		
OTRO INGRESOS			OTROS EGRESOS		
TOTAL INGRESOS			TOTAL EGRESOS		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS					

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza Transacciones en moneda extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	Importaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Préstamos <input type="checkbox"/>	¿Posee cuenta corriente en Moneda Extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	No. Cuenta	Pais
	NO <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Giros <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>		
Otros Cuál?					Entidad:		Moneda:	

INFORMACIÓN PATRIMONIAL

ACTIVOS		PASIVOS(Deudas)	
DETALLE	VALOR	DETALLE	VALOR
	\$		\$
	\$		\$
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PASIVO	\$

PATRIMONIO

BIENES RAICES	DIRECCION	CIUDAD	No. MATRICULA INMOBILIARIA	TIENE HIPOTECA		VALOR COMERCIAL
					SI	NO
				SI	NO	
VEHICULOS	CLASE DE VEHICULO	MARCA	MODELO	TIENE PIGNORACION		VALOR COMERCIAL
				SI	NO	
				SI	NO	

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	CIUDAD	CELULAR	TELEFONO FIJO

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

1. Por su cargo o Actividad Administra Recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/>	2. Por su cargo o Actividad Ejerce algún Cargo de poder Público	SI <input type="checkbox"/>	3. Por su Actividad o oficio, goza de reconocimiento Publico general Público	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>
4. Existe algún vinculo entre usted y una persona que maneje recursos públicos o que goza de algún grado de poder público?				5. por su cargo es representante legal de una organización internacional?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

SI EN LA PREGUNTA 4 SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO

PARENTESCO	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	ENTIDAD	CARGO	FECHA

Firma Asociado _____
 Documento de Identidad _____



Huella Dactilar

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

CONSULTA EN LISTAS VINCULANTES	VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	REVISIÓN DOCUMENTACIÓN								
USUARIO CONSULTÓ <input type="text"/>	CERTIFICO QUE HE REALIZADO LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE	CERTIFICO QUE HE REVISADO LA DOCUMENTACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE								
FECHA CONSULTA <input type="text"/>	CORRECTO <input type="checkbox"/> INCORRECTO <input type="checkbox"/>									
FIGURA? SI <input type="checkbox"/> LISTA: _____ NO <input type="checkbox"/>	FIRMA _____	FIRMA _____								
FIRMA _____	INFORMACIÓN ENTREVISTA Y/O VISITA									
NOMBRE DE QUIÉN REALIZO LA VISITA O ENTREVISTA <input type="text"/>	CARGO <input type="text"/>	FECHA <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
LUGAR ENTREVISTA <input type="text"/>	FIRMA: <input type="text"/>									

OBSERVACIONES _____

APROBADO APLAZADO RECHAZADO

GERENCIA

BENEFICIARIOS/PRESTACIÓN DE SERVICIOS

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRESY APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	SEXO	NIVELACADEMICO	TRABAJA
					F - M		SI NO
					F - M		SI NO
					F - M		SI NO
					F - M		SI NO

En caso de fallecimiento declaro que designo como beneficiario(s) de mi seguro de aportes, depositos, a las siguientes personas en caso de tener saldos a favor

BENEFICIARIOS EN CASO DENFALLECIMIENTO

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRESY APELLIDOS	F. NACIMIENTO	PARENTESCO	%	SEXO
			DD-MM-YYYY			F - M
			DD-MM-YYYY			F - M
			DD-MM-YYYY			F - M
			DD-MM-YYYY			F - M

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

***Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:**

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|---|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGIA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. CANCER | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO/DROGADICCIÓN | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POITIVO / SIDA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGENITAS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÀGENO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÒGICAS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE CONTESTAR SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE Y MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUME

--

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario del hospital o persona que me haya atendido a suministrar a la EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no tengo ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro.

En constancia se firma en _____ a los _____ días de _____ del año _____

Firma Asociado _____

Documento de Identidad _____



Huella Dactilar

AUTORIZACIONES GENERALES:

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación con COUNAL o con quien represente sus derechos.

Estoy informado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite COUNAL por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año.

DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS: Obrando en propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a COUNAL con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con COUNAL

a. Los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con COUNAL tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____

b. En caso de requerimiento por parte de COUNAL o de algún organismo de investigación, vigilancia y control del estado, estoy dispuesto a suministrar los soportes requeridos que evidencian el origen o destino de los recursos.

c. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

d. Declaro que NO he admitido NI admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectúe transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no estén relacionadas con las mismas.

e. Acepto que COUNAL se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mí (nosotros) planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he suministrado, COUNAL no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negocio. Igualmente me comprometo a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en el presente formato.

AUTORIZACION PARA REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a COUNAL, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la **COOPERATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE PALMIRA-COUNAL, me ha informado:** 1. Que el Aviso de privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentra en la página web: <https://www.counal@counal.com.co>; 2. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquella que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho de conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

COUNAL podrá usar mi información para los siguientes fines:

- a. La ejecución de las actividades propias de COUNAL otorgadas por la ley para el desarrollo de su objeto social, entre las actividades están el ofrecimiento de sus productos de captación (cuentas de ahorro, CDAT, Ahorro programado) y colocación (líneas de Crédito).
- b. El manejo de mis datos biométricos como son la firma y huella para garantizar el uso y acceso a los recursos de información y monetarios, previniendo la suplantación. Al ser los datos biométricos datos sensibles, yo como Titular no estoy obligado a autorizar su tratamiento.
- c. El trámite de otorgamiento de auxilios del Fondo de Solidaridad y Educación.
- d. El envío de campañas publicitarias de los servicios que ofrece COUNAL y demás comunicaciones que la Cooperativa considere necesarias para brindar información relacionada con su objeto social.
- e. La recolección de información sobre mi estado de salud, mediante el diligenciamiento del formato al momento de suscribir las solicitudes de crédito, esta información es utilizada para validar el estado de riesgo del deudor y realizar los trámites requeridos con la respectiva compañía de seguros. Información que es considerada de naturaleza sensible de conformidad con lo previsto en el Art. 5 de la ley 1581.
- f. La invitación a actividades educativas, recreativas y culturales por parte de COUNAL.
- g. Realización de encuestas de satisfacción en cuanto al servicio prestado por nuestra entidad y/o consulta sobre nuevas necesidades del asociado y grupo familiar.
- h. La prevención y control del lavado de Activos y la financiación del terrorismo.
- i. El intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia.
- j. Envío de información de posibles sujetos de tributación a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos de Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.
- k. La consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial.
- l. Los datos obtenidos de las videograbaciones que se realizan al interior de COUNAL se utilizarán para fines de seguridad de las personas, los bienes e instalaciones de la Cooperativa y podrán ser utilizados como prueba en cualquier tipo de proceso.
- m. Las fotografías que sean tomadas en eventos culturales, recreativos y/o educativos organizados por la Cooperativa serán exclusivamente utilizadas como material publicitario del evento, el cual se podrá difundir a través de nuestra página web, correo electrónico, cartelera informativa o la entrega personal de material escrito (boletín, revista, folleto, volante).
- n. Cualquier otra finalidad que resulte de la relación del titular de los datos y COUNAL previo consentimiento obtenido en la autorización de tratamiento.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____

NOMBRE

FIRMA CC

HUELLA