

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nombre (s):

Identificación:

Número:

Lugar de expedición:

Fecha de expedición:

T.I. C.C. C.E. Pasp.

DD/MM/AAAA

Estado Civil:

Vive en Casa:

Estrato:

Mujer u Hombre cabeza de familia:

Número de personas a cargo:

Soltero Casado Viudo Propia Familiar 1 2 3 4 5 6 SI NO

Divorciado U. libre Otro Alquilada

Adultos Menores de 18 años

Nivel Académico:

Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional Especialización Magister Ninguno

Número de teléfono celular:

Número de teléfono fijo:

Correo electrónico:

Dirección de residencia Actual:

Barrio:

Ciudad y Departamento:

Número de teléfono:

SI SELECCIONÓ ALCAHORRITO* POR FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE TUTOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido del tutor:

Segundo Apellido del tutor:

Nombre (s) del tutor:

Identificación:

Número:

Lugar y fecha de expedición:

Parentesco:

T.I. C.C. C.E. Pasp.

INFORMACIÓN LABORAL

Actividad Económica Principal:

Empleado Microempresa Rentista de capital Independiente Hogar Pensionado Funcionario Público Dependiente Negocio

Fecha de inicio:

DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN LABORAL DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Nombre de la Empresa:

Cargo:

Ocupación:

Dirección de Trabajo:

Barrio:

Ciudad:

Número Teléfono:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL ASOCIADO

Ingresos Mensuales (Pesos Colombianos)

Egresos Mensuales (Pesos Colombianos)

Salario:

Arriendo:

\$

\$

Pensión:

Gastos Familiares:

\$

\$

Otros Ingresos:

Cuota Créditos:

\$

\$

Total Ingresos:

Total Egresos:

\$

\$

Activos

Valor Comercial

Posee Vehículo:

Tipo:

Particular Servicio Público

\$

Posee Propiedades:

Tipo:

Finca Local Apartamento Casa Lote

\$

Otros Bienes:

Inventarios Maquinaria Inversiones

\$

Total Activos:

\$

Pasivos

Valor

Obligaciones Financieras:

\$

Otras Obligaciones:

\$

Total Pasivos:

\$

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?:

¿Cuál (es)?:

¿Posee Productos Ctas. en Moneda Extranjera?:

¿Moneda?:

SI NO

SI NO

Entidad:

No. de Cuenta:

País:

PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEP'S)

¿Es una persona PEP?:

¿Administra recursos públicos?:

Fecha vinculación como PEP:

Fecha desvinculación como PEP:

SI NO

SI NO

¿Realiza operaciones en monedas virtuales?:

SI

NO

¿Es residente fiscal de una jurisdicción diferente a Colombia y los Estados Unidos?:

SI

NO

Lugar:

¿Es residente fiscal de los Estados Unidos?:

SI

NO

¿Tiene algún familiar que sea directivo en Alcalicoop?:

SI

NO

Nombre(s) y Apellido(s) :

Parentesco:

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Certifico y autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Alcalicoop a verificar la información proporcionada, incluyendo referencias personales, laborales y bancarias, con el fin de validar mi afiliación y cualquier solicitud de crédito o servicio financiero que realice en el futuro.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado (a) con tipo de documento de identidad. _____ No. _____ expedido en _____, actuando en nombre propio y/o en representación legal de _____ con tipo de documento de identidad. _____ No. _____, declaro bajo la gravedad de juramento que los recursos que utilizaré en las transacciones con ALCALICOOP provienen de actividades lícitas, conforme a las leyes vigentes en Colombia, específicamente de (detallar ocupación, oficio, profesión, actividades, negocios, etc.): _____ Adicionalmente, manifiesto que: 1. Los fondos y recursos depositados en ALCALICOOP están directamente relacionados con el desarrollo de mis actividades económicas legales. 2. No participo, ni he participado, en actividades ilícitas, tales como el lavado de activos o la financiación del terrorismo, ni en ninguna otra actividad contemplada en el Código Penal Colombiano. 3. Los datos y documentos que he proporcionado a ALCALICOOP son verídicos, completos y están debidamente actualizados. 4. Autorizo a ALCALICOOP a verificar la información suministrada con las autoridades competentes, en cumplimiento de las normativas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) 5. No permitiré que terceros realicen transacciones en mi nombre con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a actividades ilegales o a personas vinculadas con ellas. 6. Me comprometo a informar de inmediato cualquier cambio o circunstancia que modifique la información declarada en este documento. 7. De acuerdo con el Estatuto de ALCALICOOP, me comprometo a actualizar mis datos e información por lo menos una (1) vez al año o cuando sea requerido por ALCALICOOP. 8. Autorizo a ALCALICOOP a cancelar cualquier vínculo jurídico en caso de incumplir cualquiera de los compromisos y obligaciones aquí contenidos, o si mi nombre o el de la entidad que represento aparece en listas de control de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, tanto a nivel nacional como internacional, que consulte ALCALICOOP.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Las partes declaran que tienen conocimiento y han adoptado las medidas necesarias para dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, y demás disposiciones concordantes o complementarias, que las modifiquen, adicionen, reglamenten o sustituyan. Por tanto, las partes se obligan a tratar los datos personales que recauden y que le sean entregados en virtud de la ejecución del objeto del presente anexo, única y exclusivamente para la finalidad por la cual sean entregados.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE CENTRALES DE RIESGO Y LISTAS RESTRICTIVAS

Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a ALCALICOOP para que procese, administre, colectione, archive, reporte o transmita la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte, consulte o reporte en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, la información sobre mi comportamiento crediticio, legal y respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008.

De manera expresa, concreta, suficiente y voluntaria, en calidad de titular(es) de la información, AUTORIZAMOS Y/O AUTORIZO, a la Cooperativa de Ahorro y Crédito ALCALICOOP con Nit. 860.009.359-1, con domicilio en la Cra. 10 No. 12-57 barrio la Esmeralda- Zipaquirá a acceder a mis datos personales contenidos en la base de datos de Mareigua Ltda. (Mareigua Ltda. con Nit. 800.167.353-4), Aportes en Línea (Aportes en Línea S.A. Nit. 900.147.238-2), Colfondos y/o Administradoras de Pensiones y demás operadores de información de Seguridad Social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, a mis datos personales recolectados por medio del presente formulario, y a mis datos personales contenidos en la base de datos de Centrales de Información Crediticia (Operador de Información Crediticia), en adelante mi información personal, para darle tratamiento en los términos expresados en la Política de Tratamiento de la Información Personal de ALCALICOOP y/o Centrales de Información Crediticia y para finalidades de gestión de riesgo crediticio tales como: (I) Elaboración y circulación a terceros de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, herramientas que le permitan a los suscriptores de Centrales de Información Crediticia, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (II) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países de Centrales de Información Crediticia. (III) Compararla, contrastarla y complementarla con la información personal de Centrales de Información Crediticia.

FIRMA Y HUELLA

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que sea solicitado.

Autorizo que mis huellas digitales sean utilizadas con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y control de identidad. Así mismo, declaro que cuento con las autorizaciones para el tratamiento de los datos personales de los terceros registrados en este formato para compartir sus datos y realizar las finalidades informadas.

AUTORIZACIÓN CANALES DE COMUNICACIÓN

Autorizo para que Alcalicoop, y/o la persona que ésta designe pueda efectuar las gestiones requeridas de cobranza de mis obligaciones financieras y/o gestión comercial, contactándome a través de los siguientes canales de comunicación: (Los datos a tener en cuenta para los canales de comunicación establecidos serán los que he suministrado al momento de mi vinculación y/o actualización como cliente/proveedor/asociado, dando cumplimiento a la Ley 2300 del 2023.)

Llamada Telefónica

Mensajes de WhatsApp

Correo Electrónico

Mensajes de Texto

Comunicación física a la dirección registrada

Todas las anteriores

DD/MM/AAAA

FIRMA DEL ASOCIADO O REPRESENTANTE LEGAL (TUTOR):

Nº DE IDENTIFICACIÓN:

HUELLA:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE ALCALICOOP

Observaciones:

Validación y Verificación de la Información

DD/MM/AAAA

Nombre y firma del trabajador asesor o gestor comercial que recibe, revisa, verifica e ingresa la información:

Fecha:

Hora:

DIRECCIÓN GENERAL: Cra. 10 No. 12-57 Barrio La Esmeralda - Zipaquirá. PBX: (601) 8882498
OFICINA CAJICÁ: Carrera 4 No 2-50 Parque Principal. Teléfono: (601) 8832832 Celular 317 4231634
OFICINA PACHO: Carrera 16 No 6-60 Celulares: 300 5715796 - 3158487420

F-Bs-23 V4 Octubre 18/2024

www.alcalicoop.coop