

	FORMULARIO DE VINCULACION COOPUNIDOS				Código Formato: 1-001-V2025	
INFORMACIÓN FINANCIERA - INGRESOS						
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal			\$	Total activos		\$
Detalle de otros ingresos no operacionales o derivados de otra actividad:			\$	Total pasivos		\$
Descripción otros ingresos				Total patrimonio		\$
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA PRINCIPAL						
No de cuenta			Tipo	Ahorro	Corriente	Banco
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS						
Aporte mensual		\$	Autorizo expresa, permanente e irrevocable al pagador de mi entidad empleadora, asociativa o quien corresponda el pago de mi salario, compensación y/o pensión, para que efectúe las deducciones y retenciones de la nómina y éstas sean giradas a favor de COOPUNIDOS, para el pago por concepto de créditos y/o servicios, en la periodicidad y condiciones Requeridas. En caso de presentarse la terminación del contrato laboral con mi empresa por cualquier causa unilateral, autorizo en iguales términos al pagador para que el saldo de mi obligación con la Cooperativa, sea cubierto con la liquidación definitiva de prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones o cualquier concepto de dinero que se genere a mi favor. De igual manera autorizo de manera expresa y permanente para que en caso de saldos a favor de la Cooperativa no descontados por nómina, me sean debitados de mi cuenta bancaria citada en este documento			
Cuota de bienestar		\$				
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES						
1. La información que he suministrado en la solicitud o actualización es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente o cada vez que así lo solicite la Cooperativa, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. 2. Autorizo a la Cooperativa para verificar y reportar la información aquí suministrada a través de cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero y/o Solidario, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines de acuerdo a la ley. 3. Los datos de carácter personal que usted facilita a través de este formulario serán objeto de tratamiento por parte de COOPUNIDOS, por lo cual, su información será almacenada en nuestras bases de datos para las siguientes finalidades: a) Tramitar su solicitud actual, b) Realizar campañas de Marketing, c) Envío de correos electrónicos, mensajes de texto y otros medios equivalentes, d) Compartirlos con JGB o sus empresas aliadas o con otras empresas de naturaleza pública o privada con las cuales una o varias de las empresas tengan alianzas o acuerdos comerciales. Usted podrá ejercer los derechos de actualización, rectificación cancelación y oposición sobre sus datos personales, para lo cual deberá de registrar su solicitud ante COOPUNIDOS. 4. La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999						
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS						
Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes y a los procedimientos de la entidad sobre el sistema integral de prevención de lavado de activos y la financiación del terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones: 1. Las actividades económicas que desarrollaré con los fondos derivados de las operaciones activas realizadas con COOPUNIDOS no son actividades ilícitas según las normas vigentes y en especial el Código Penal, así como tampoco lo son las actividades económicas realizadas que se reflejan en la información financiera y comercial presentada a la entidad para que se considerase a la asociación, ni las actividades económicas que han dado origen a los bienes o activos que sirvan como garantía. 2. Certifico que no he permitido ni me permitiré que terceras personas efectúen con mis operaciones activas, transacciones, a dar apariencia de legalidad a actividades ilícitas. 3. Declaro que la información que he suministrado a Coopunidos es veraz y exacta, de igual forma eximo a la entidad de cualquier irresponsabilidad proveniente de información que resultará ser errónea, falsa o inexacta y la autorizo a declarar plazo vencido y ejercer acciones de recaudo en virtud de la aceleración del plazo si se presenta cualquier incumplimiento a las normas legales que regulan la prevención de actividades delictivas y al procedimiento interno SARLAFT, así como a realizar los reportes pertinentes de conformidad a las disposiciones legales.						
FIRMA						HUELLA*
FECHA DILIGENCIAMIENTO:			dd	mm	año	
*La empresa solidaria podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.						
ESPACIO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA						
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN						
FECHA VERIFICACIÓN INFORMACIÓN	dd	mm	año	VALIDACIÓN OFICIAL CUMPLIMIENTO		
ACTA ENTE APROBADOR			FECHA	VALIDACIÓN GERENCIA		
DOCUMENTOS ANEXOS						
Fotocopia del documento de identificación Últimos dos desprendibles de nomina / Extractos bancarios (si aplica) Carta laboral vigente (dependiente) / Certificado de ingresos y declaracion de renta (independiente) / Documentos empresa vigentes (empresario)						