

**FORMATO ÚNICO DE NOVEDADES****DATOS PERSONALES**

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>Tipo de Identificación:</b> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	<b>Fecha De Novedad</b>	DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>
	<b>N° de Identificación:</b>		

**NOVEDADES DE AHORRO**

Pago nómina  Pago ventanilla

Tipo de ahorro	Tipo de novedad	Valor Mensual	Periodicidad Descuento	MODIFICACIONES DE APORTES	
<b>RENTADIARIO</b>	Apertura <input type="checkbox"/>	\$	Mensual <input type="checkbox"/>	Aumento <input type="checkbox"/>	Nuevo valor del Aporte:
	Modificación <input type="checkbox"/>		Bisemanal <input type="checkbox"/>	Disminución <input type="checkbox"/>	
	Cancelación de la cuenta <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>		
	Sin descuento por nómina <input type="checkbox"/>				
<b>RENTA HORRITO</b>	Apertura <input type="checkbox"/>	\$	Mensual <input type="checkbox"/>	<b>CAMBIO DE FECHAS EN LAS OBLIGACIONES</b>	
	Modificación <input type="checkbox"/>		Bisemanal <input type="checkbox"/>		
	Cancelación de la cuenta <input type="checkbox"/>		Quincenal <input type="checkbox"/>	Pago 5	Pago 20
	Sin descuento por nómina <input type="checkbox"/>				
<b>AHORRO PROGRAMADO</b>	Apertura <input type="checkbox"/>	\$	Mensual <input type="checkbox"/>	Por ventanilla	<input type="checkbox"/>
	Cancelación anticipada <input type="checkbox"/>		Plazo		<input type="checkbox"/>
	Cancelación anticipada <input type="checkbox"/>	Plazo	Bisemanal <input type="checkbox"/>		
	Cancelación anticipada <input type="checkbox"/>	Plazo	Quincenal <input type="checkbox"/>	Débito automático	<input type="checkbox"/>

En caso de solicitar la terminación o cancelación del producto, cómo desea la devolución de su dinero:  
 Consignación bancaria  Tipo de cuenta: Ahorros  Corriente   
 N° de cuenta: \_\_\_\_\_ Banco de la cuenta: \_\_\_\_\_  
 (Sólo se realizarán transferencias por montos superiores a \$300.000) Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_  
 Ventanilla  N° documento titular cuenta: \_\_\_\_\_

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

PREVISIÓN		SEGUROS		BODYTECH	COLMEDICA
Tipo de Póliza	Tipo de novedad	Tipo de Póliza	Tipo de novedad		
	Apertura <input type="checkbox"/> Cancelación <input type="checkbox"/>			Apertura <input type="checkbox"/>	Apertura <input type="checkbox"/>
- Candelaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Automóvil <input type="checkbox"/>	Apertura <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>
- Integral Olivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hogar <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>		Congelamiento <input type="checkbox"/>
- Unifamiliar Integral Olivos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Asistencia médica <input type="checkbox"/>	Modificación <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>
- Unifamiliar Candelaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Liberty <input type="checkbox"/>	Beneficiarios <input type="checkbox"/>	<b>EMI</b>	
- Unipersonal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Soat <input type="checkbox"/>		Apertura <input type="checkbox"/>	<b>COLSANITAS</b>
- Unipersonal terceros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Cancelación <input type="checkbox"/>	Apertura <input type="checkbox"/>
				Beneficiarios <input type="checkbox"/>	Cancelación <input type="checkbox"/>
				Inclusión <input type="checkbox"/>	

**Beneficiarios del servicio**

No. identificación	Tipo	Nombre beneficiario	Parentesco	Fecha de nacimiento	Edad

Tenga en cuenta lo siguiente:  
 1. Su solicitud será tramitada dentro de los 3 días hábiles siguientes a la radicación. Recuerde que debe tener en cuenta que si la fecha de su solicitud es posterior a la fecha de corte de acuerdo a sus pagos quedará aplicada y vigente para el mes siguiente a la próxima fecha de corte.  
 2. La creación del producto o servicio estará sujeta a la autorización de la nómina en caso de que esta lo requiera.  
 3. El reglamento de los productos de ahorro podrá consultarlo en: <https://www.alianza.coop//PDF/ReglamentoproductosdeahorroinversionCooperativaAlianza.pdf>

Apreciado asociado tenga en cuenta que para el caso de los servicios complementarios COOPERATIVA ALIANZA será el intermediario entre el asociado y el PROVEEDOR por lo cual no existe vínculo distinto que el de una intermediación comercial. Todos los productos y servicios estarán sujetos a las condiciones definidas por el PROVEEDOR y por lo tanto este ofrecerá bajo su responsabilidad los productos o servicios enmarcados bajo los estándares de calidad debidamente comprobados o certificados por las entidades de vigilancia y control. En caso de tratarse de una solicitud de cancelación, esta estará sujeta al corte de novedades del PROVEEDOR y se le notificará vía correo electrónico la fecha a partir de la cual queda cancelado el servicio.

Autorizo a la COOPERATIVA ALIANZA, para que de mis depósitos a la orden o cualquier otro depósito constituido en la Cooperativa, conjunta, solidaria o separadamente a mi nombre, se compense contra mis obligaciones a favor de la COOPERATIVA ALIANZA, en el evento que entren en mora.

De conformidad con lo previsto en Ley la Estatutaria 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y con el Decreto 1377 de 2013, "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012", autorizo, como titular de mis datos personales, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA ALIANZA, los cuales serán tratados con la finalidad de mantener, desarrollar y controlar la presente relación contractual y con base en la política de tratamiento, a la cual podré tener acceso correo electrónico protecciondedatos@alianza.coop o en la página [www.alianza.coop](http://www.alianza.coop). 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 ALIANZA a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@alianza.coop, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección, Carrera 12 No. 89-28 Piso 6 de la ciudad de Bogotá.

**OBSERVACIONES ADICIONALES**

<b>Firma asociado:</b>		<b>Asesor:</b>	
------------------------	--	----------------	--