

OFICINA: CRA 5 No. 5-29	FECHA DILIGENCIAMIENTO:
PROPOSITO: ASOCIADO NUEVO <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACION DE DATOS <input type="checkbox"/>
	FECHA DE VINCULACION:

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos			Sexo	
			M	F
Tipo de Documento	Número	Expedida en	Fecha de Expedición	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> P.F. <input type="checkbox"/>				
Fecha de Nacimiento	País de Nacimiento	Departamento	Municipio/Ciudad	
Nivel Educativo (Seleccione)		Estado Civil (Seleccione)		No. Personas a cargo
Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____		Sotero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> U.Libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> viudo(a) <input type="checkbox"/>		
Tipo de Vivienda	Zona de Ubicación	Dirección de Domicilio		
Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>			
Arrendada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Estrato	Municipio/Ciudad	Departamento	
Correo Electrónico		Celular	Teléfono	
Ocupación (Seleccione)		Detalle Actividad Económica		CIU
Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>				

2. USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos de la Persona a Cargo	Tipo de Documento	Número	Teléfono
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>		

3. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Dirección de Empresa o Negocio	Cargo	
Ciudad / Municipio	Departamento	Celular	Teléfono

4. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS (PEP)

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente? (sí la respuesta es positiva; favor responder las siguientes preguntas): SI__ NO__

¿Por su cargo maneja recursos Públicos? SI__ NO__ Cuáles? _____

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI__ NO__ Cuál? _____

¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI__ NO__ Cuál? _____

¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI__ NO__ Cuál? _____

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales Actividad Principal		Total Activos	
Especificar Otros Ingresos		Total Pasivos	
Egresos Mensuales		Es declarante?	SI__ NO__
Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	

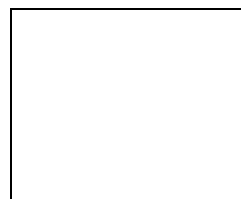
6. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI__ NO__ ¿Cuáles? _____

¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI__ NO__ N° cuenta _____ Banco _____
Moneda _____ Ciudad _____ País _____

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

Firma del Solicitante



Huella Índice Derecho

7. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

- ◆ Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la cooperativa para que verifique.
- ◆ Estar informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.
- ◆ Autorizo a la cooperativa para que consulte y reporte información a las **Centrales de Riesgo**.
- ◆ Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
- ◆ Autorizo a saldar las cuentas que tengo en esta institución en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento estadístico y de control, supervisión y de información comercial a otra entidad

8. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Hogar	Menor de edad y Estudiantes	Independiente Obligados a declarar renta	Independiente No obligados a declarar	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X	X
Constancia de ingresos (honorarios laborales, desprendible de pago, certificación de ingresos y retenciones)	X	X		X	X	X
Declaración de renta del último período gravable disponible (si es declarante)	X	X		X		X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)	X	X		X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)			X			
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene						X

9. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Firma Solicitante o Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

FECHA REALIZACION ENTREVISTA _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA

FIRMA

FECHA VERIFICACION INFORMACION _____

APROBADO _____

RECHAZADO _____

NOMBRE FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

FIRMA