

Fecha de Diligenciamiento DD / MM / AA	Actualización de datos <input type="checkbox"/>	Ciudad/Municipio:
	Solicitud de Vinculación <input type="checkbox"/>	Departamento:

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> TI. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	Número de Identificación:	Lugar de Expedición (Ciudad / Depto. / País):	Fecha de Expedición: DD / MM / AAAA
Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	Lugar de Nacimiento (Ciudad / Depto. / País):	Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA
Nivel Educativo: Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Postdoctorado <input type="checkbox"/>	Profesión:	Cabeza de Familia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/>	Dirección Residencia:	Zona de Ubicación: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
Barrio / Vereda:	Estrato:	Ciudad / Municipio:	Departamento:
Correo Electrónico:	Teléfono Residencia:	Celular (1):	N° de hijos: Personas a Cargo:
Autorizo que la información sea enviada a: Correo electrónico <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Whatsapp <input type="checkbox"/>			

1.1 USO EXCLUSIVO EN CASO DE MENORES DE EDAD (MAYORES DE 14 AÑOS)

Nombre y Apellido del Representante Legal o Tutor:	Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación y lugar de expedición:
Dirección Residencia:	Teléfono Residencia:	N° de contacto: Parentesco:

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Ocupación, Oficio ó Profesión)

Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Microempresario <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/>	Describa su actividad económica principal u objeto social: (Espacio para independientes)	Código CIU:
Cargo Actual:		Empresa/ Negocio donde Trabaja:	Pública Privada Mixta
Tipo de Vinculación o Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o Labor <input type="checkbox"/> Prestación Servicios <input type="checkbox"/> T. Ocasional <input type="checkbox"/>		Fecha Ingreso/ Inicio Actividad: DD / MM / AAAA	
Dirección Empresa o Negocio:		Ciudad / Municipio:	Departamento: N° de contacto:
Actividad Económica Principal de la Empresa/Negocio ¿Otro? <input type="checkbox"/> Cual? _____			
Agropecuario <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Comunicaciones <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Minero <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/>			
Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Monto Promedio \$	Descripción de los Recursos

3. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA (M/E)

¿Realiza Operaciones en M/E? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique el tipo de operaciones en Moneda Extranjera que realiza: Importación <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> ¿Otro? <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
¿Posee cuentas en M/E? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En caso de poseer cuentas en moneda extranjera, diligencie los siguientes campos:		
N° de Cuenta:	Entidad:	Monto:	Ciudad/País: Moneda:
N° de Cuenta:	Entidad:	Monto:	Ciudad/País: Moneda:

Declaro que NO realizo transacciones en moneda extranjera:

FIRMA

Dedo índice derecho

4. DECLARACIÓN DE PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS

<p>Persona Expuesta Públicamente (PEP): Son aquellas personas que: i) están catalogadas como políticamente expuestas de acuerdo con el Decreto 1674/2016, por ejemplo: los individuos que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas como jefes de Estado, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos (directores y gerentes) de empresas sociales, industriales y comerciales del estado y de sociedades de economía mixta, unidades administrativas especiales, y funcionarios importantes de partidos políticos, y ii) todas aquellas personas que gozan u ostentan algún grado de reconocimiento público conforme a las políticas internas de la Entidad, por ejemplo: deportistas, actores, cantantes, etc.</p>	De acuerdo con la anterior definición, ¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene vínculos familiares (1° y 2°) grado de afinidad, consanguinidad o primero civil con una Persona Públicamente Expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos Parentesco Cargo

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales (actividad principal)	\$	Describe la procedencia de otros ingresos:
Otros Ingresos Mensuales	\$	
Egresos Mensuales	\$	
Total Activos	\$	
Total Pasivos	\$	
Total Patrimonio	\$	

6. REFERENCIAS

Referencia Personal	Nombres y Apellidos:	Ciudad de residencia:	N° de contacto:
Referencia Familiar	Nombres y Apellidos:	Ciudad de residencia:	N° de contacto: Parentesco:

7. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Nombre Completo del Cónyuge:	Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/>	Número de Identificación:	N° de contacto:
Ocupación u Oficio:	Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Microempresario <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/>	Empresa donde Labora / Actividad que desempeña:	

8. BENEFICIARIOS

Autorizo a las personas señaladas para que, en caso de mi fallecimiento reciban lo que me corresponda en los porcentajes (%) señalados, conforme a lo establecido en la ley, los Estatutos y los Reglamentos. Manifiesto que esta decisión la tomo libre y voluntariamente sin presión alguna y con todas mis facultades mentales.

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	RC	TI	CC	CE	Número Documento	Porcentaje %	Fecha Nacimiento	N° de contacto:
								DD/MM/AAAA	
								DD/MM/AAAA	
								DD/MM/AAAA	
Total de Distribución Porcentual							100%		

En caso de mi fallecimiento y si mi(s) beneficiario(s) es (son) menor(es) de edad, nombro como su representante para reclamar el porcentaje (%) a su favor, al SR(a) identificado (a) con C.C. N° _____ expedida en _____ y con N° telefónico _____

9. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a COOASOCIADOS, con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales: **A.** El origen de los dineros que deposito en mi cuenta y demás operaciones que tramito a través de COOASOCIADOS, provienen del desarrollo de mi actividad económica principal, la cual es lícita. **B.** No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas o a favor de personas relacionadas con las mismas. **C.** Autorizo a COOASOCIADOS a saldar las cuentas y depósitos de cualquier tipo, que mantenga en esta entidad, en caso de infracción o falsedad de cualquiera de los numerales incluidos en este documento, eximiendo a COOASOCIADOS de toda responsabilidad que se derive de información errónea o falsa que hubiere proporcionado en este documento o de la violación de los compromisos aquí adquiridos. **D.** Manifiesto bajo la gravedad de juramento que la información acá consignada es veraz y verificable, que no estoy incluido en ninguna de las listas establecidas a nivel nacional e internacional para el control del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, para lo cual autorizo la verificación de esta situación ante cualquier persona jurídica y/o natural, privada o pública desde ahora y por el tiempo que se sostenga relación comercial con COOASOCIADOS.

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES Y DE SERVICIOS ANTE LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN DE RIESGO. En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a COOASOCIADOS, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios a la central de información que administre o maneje bases de datos, cualquier otra Entidad Financiera de Colombia, o a quien represente sus derechos. Autorizo irrevocablemente a COOASOCIADOS a compartir con entidades filiales la información aquí suministrada, así como los documentos aportados, cuando las mismas los soliciten por vinculación a sus productos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y de servicios. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la Central de Información o a cualquier otra entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos, podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos, evaluación de riesgo, y gestión de cobranza. En caso de, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de Información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establezca la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido. Igualmente, autorizo el tratamiento de mis datos crediticios, financieros y comerciales de conformidad con los fines y parámetros establecidos en la Ley 1266 de 2008 y cualquier norma que la modifique, adicione o sustituya.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a COOASOCIADOS de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para tratar mis datos personales dentro de los lineamientos establecidos por la Ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y su Política de Tratamiento de Datos Personales. Mis datos serán tratados para dar cumplimiento a los fines relacionados con el objeto social y en especial para fines legales, precontractuales, contractuales, pos contractuales, comerciales, de atención al cliente, mercadeo, procesamiento, investigación, capacitación, acreditación, consolidación, organización, actualización, reporte, estadística, encuestas, tramitación, concursos y sorteos. Igualmente declaro que me fue informado mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a la Cooperativa en su condición de responsable del tratamiento. Autorizo a COOASOCIADOS para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlos sobre fotografías; procedimientos análogos a la fotografía; producciones Audiovisuales (Videos); así como de los Derechos de Autor; los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen. Asimismo, reconozco mi obligación de informar inmediatamente ante COOASOCIADOS, por escrito y oportunamente, con sus respectivos soportes documentales exigidos, cualquier cambio que se presente en la información por mí suministrada ante la Cooperativa. Igualmente me comprometo a actualizar mis datos personales con una periodicidad anual, de acuerdo a las normas legales. Del mismo modo, autorizo voluntaria e irrevocablemente el envío de mensajes a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Me comprometo a conocer La Política de Tratamiento de la Información disponible en la página web: www.cooasociados.com con el link "Políticas de Privacidad".

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento. Certifico que la información aportada es verídica y la he suministrado de forma voluntaria; Autorizo a COOASOCIADOS para que la verifique y obtenga de cualquier fuente la información y referencias relativas a mi persona.

FIRMA

Dedo índice derecho

10. DOCUMENTOS Y REQUISITOS

Copia documento de identificación 150%	<input type="checkbox"/>	Desprendible de pago del último mes	<input type="checkbox"/>	Certificado de existencia y representación legal (Vigencia no superior a 30 días)	<input type="checkbox"/>
Certificado expedido por un Contador con copia de T.P.	<input type="checkbox"/>	Carta laboral (Vigencia no superior a 30 días)	<input type="checkbox"/>	Declaración de renta del último período gravable	<input type="checkbox"/>

11. PARA USO EXCLUSIVO COOASOCIADOS

Entrevista Asociado DD / MM / AAAA	Nombre y Apellido Entrevistador	Cargo	Firma
Verificación Información DD / MM / AAAA	Nombre y Apellido Persona Responsable Verificación Información	Cargo	Firma
Fecha Aprobado DD / MM / AAAA	Acta No	Fecha Ingreso DD / MM / AAAA	Observaciones: