



COOPERATIVA DE APORTES Y CREDITO SAN JOSE

Personería Jurídica 00028 del 13 de Enero de 1.965
Nit. 860.024.712-1

Carrera 10A No. 6-66 Piso 2

Teléfonos: 852 1856 - Cel. 311 8339916

Email: coopsanjose05@yahoo.es - www.cooperativasanjose.com.co

FORMULARIO VINCULACION ASOCIADO (PERSONA NATURAL)

Fecha Radicación: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

1. INFORMACION PERSONAL

Primer Nombre:	Segundo Nombre:			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:			
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de expedición:			
Lugar de Expedición:	Fecha y lugar de nacimiento:	Mujer cabeza de familia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> No. de personas a cargo _____		
Nacionalidad:	Nivel de escolaridad:	Profesional en:		
Dirección Vivienda:	Barrio:	Conjunto: Int. _____ Apto. _____	Ciudad:	Departamento:
Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Estrato:	Teléfono fijo:	Celular:		
Tipo de actividad: Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Asalarado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro _____				
Correo electrónico:				
Cuota mínima de aportes que se compromete a cancelar mensualmente \$:	Tiene póliza exequial vigente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Entidad _____			
Tiene capacitación en economía solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Certificado por:				

1. INFORMACION PERSONAL (Núcleo familiar básico)

DATOS DEL CONYUGE	Nombre:	C.C.				
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Fecha de expedición: D M A	Fecha de nacimiento: D M A	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tel Fijo:		
Ingresos \$	Empresa	Cargo actual	Fecha ingreso a la empresa	D M A		

NOMBRES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION/OFCIO

3. INFORMACION LABORAL

Nombre de la empresa:	Dirección:	Ciudad / Departamento:
Teléfono:	Cargo:	Fecha de vinculación:
Tipo de contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____	Tiempo de servicio:	Salario mensual:
INDEPENDIENTE Descripción de actividad:		
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:

3. INFORMACION FINANCIERA

Ingresos \$ _____	Total activos \$ _____
Egresos \$ _____	Total pasivos \$ _____
	Total patrimonio \$ _____

DESCRIPCION ACTIVOS

Inmueble:	Dirección:	Matricula:	No. escritura:	Valor comercial:	Hipoteca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Fecha: _____		Saldo \$ _____
Inmueble:	Dirección:	Matricula:	No. escritura:	Valor comercial:	Hipoteca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Fecha: _____		Saldo \$ _____

VEHICULO

Marca:	Placa:	Modelo:	Valor comercial:	Prenda: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
				Saldo \$ _____

DESCRIPCIÓN PASIVOS (Obligaciones financieras, Cooperativas, otros)

Entidad:	Valor inicial:	Valor cuota mensual:	Saldo:	Fecha terminación:
Entidad:	Valor inicial:	Valor cuota mensual:	Saldo:	Fecha terminación:

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA Si No **CUAL** _____

5. INFORMACIÓN ADICIONAL

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Goza de reconocimiento publico general?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ejerce algún grado de poder público?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Si alguna pregunta es afirmativa por favor especifique:			
Existe algún vinculo entre usted y una persona públicamente expuesta?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otros países?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

6. BENEFICIARIOS

NOMBRES	APELLIDOS	DOC. DE IDENTIDAD	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

7. REFERENCIAS PERSONAL

Nombre:	No. documento:	Dirección:	Teléfonos:
ASOCIADOS QUE LO RECOMIENDAN			
Nombre:	No. documento:	Dirección:	Teléfonos:
Nombre:	No. documento:	Dirección:	Teléfonos:

8. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente:

- Tanto mi actividad profesional u oficio es lícito y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable, y me comprometo a actualizarla por lo menos una vez al año de acuerdo a lo establecido en la ley, cuando la Cooperativa lo considere conveniente, o cuando ocurra algún cambio en la misma.
- Me comprometo a cumplir las leyes, estatutos y reglamentos internos de la Cooperativa. Además aceptare todas las disposiciones que en desarrollo de las actividades cooperativas dicten los organismos encargados de su dirección y administración.
- Los recursos que se derivan del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privada de la libertad o que afecten el patrimonio del estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior o soborno transnacional.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio) _____

9. AUTORIZACIÓN CONSULTA, REPORTE CENTRALES DE INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa de Ahorros y crédito San José o a quien represente sus derechos a solicitar, reportar, procesar y divulgar a las centrales de información que manejen o administren bases de datos, toda la información referente a mi comportamiento crediticio, comercial y financiero, por lo tanto, las entidades del sector financiero afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones.

Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Cooperativa de Ahorros y Crédito San José para que realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de mis datos personales que he procedido a entregar o que entregare, para que los trate de acuerdo con las políticas de protección de datos establecidos por la Cooperativa y para fines pertinentes a la relación que nos vincula

FIRMA SOLICITANTE



HUELLA INDICE DERECHO

Para uso exclusivo de la Cooperativa

Observaciones:	
Fecha de verificación de información:	
Información verificada por:	Fecha de entrevista:
Aprobado por el consejo de administración Acta No.:	Fecha de aprobación:
Firma presidente consejo de administración:	