



NIT.: 890.704.364-7

SOLICITUD DE INGRESO

SEÑORES CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN; Me permito solicitar, mi ingreso como Asociado de COOLMUTRAISS Comprometiéndome a cumplir la parte legal, estatutaria y reglamentaria para lo cual suministro mis datos personales.

CIUDAD _____

AÑO _____ MES _____ DÍA _____

1. DATOS PERSONALES									
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD			FECHA Y LUGAR EXPEDICIÓN			DEPARTAMENTO	
C. <input type="checkbox"/> N. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/> E. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/>									
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES			
LUGAR DE NACIMIENTO - CIUDAD		FECHA DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO		PAIS		GÉNERO	
		AÑO _____ MES _____ DÍA _____						PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/>	
								MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA				BARRIO		CIUDAD		CÓDIGO	
								ESTRATO <input type="checkbox"/>	
								1 2 3 4 5 6	
DEPARTAMENTO			TELÉFONO		CELULAR		E-MAIL		
NIVEL DE ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		MADRE CABEZA DE FAMILIA					
NINGUNO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> POST - DOCTORADO <input type="checkbox"/>		CASADA <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>							
PERSONAS QUE VIVEN CON USTED					No. DE PERSONAS A CARGO				
CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJOS <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> HERMANOS <input type="checkbox"/> OTROS _____									

2. DATOS ASOCIADOS											
EX - ASOCIADO <input type="checkbox"/>		FECHA DE RETIRO EX - ASOCIADO		TIPO DE VIVIENDA		TIEMPO DE RESIDENCIA		ESTRATO		NOMBRES Y APELLIDOS DEL ARRENDADOR	
				ARRENDADA <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>		AÑOS _____ MESES _____					

3. DATOS LABORALES										
ACTIVIDAD ECONÓMICA			OCUPACIÓN O CARGO			PROFESIÓN U OFICIO		NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO		
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CESANTE <input type="checkbox"/>										
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO O JUBILADO <input type="checkbox"/>										
DIRECCIÓN				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO		
FECHA DE INGRESO			INGRESO MENSUAL		TIPO DE CONTRATO			JORNADA LABORAL		
AÑO _____ MES _____ DÍA _____			\$ _____		CULMINACIÓN DE OBRA <input type="checkbox"/> NO EMPLEADO <input type="checkbox"/> T. INDEFINIDO <input type="checkbox"/> T. FIJO <input type="checkbox"/>			TIEMPO TOTAL <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>		
					OTRO _____					

4. INFORMACIÓN FINANCIERA							
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES		TOTAL DE EGRESOS MENSUALES		TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
\$ _____		\$ _____		\$ _____		\$ _____	
NIVEL DE INGRESOS (Representados en ingreso mensual en número de SMLMV:						SECTOR ECONÓMICO	
Sin Ingresos <input type="checkbox"/>		Mayor a 0 hasta 1 <input type="checkbox"/>		Mayor a 1 hasta 2 <input type="checkbox"/>		Mayor a 2 hasta 3 <input type="checkbox"/>	
Mayor a 3 hasta 4 <input type="checkbox"/>		Mayor a 4 hasta 6 <input type="checkbox"/>		Mayor a 6 hasta 8 <input type="checkbox"/>		Mayor a 8 hasta 11 <input type="checkbox"/>	
Mayor a 11 hasta 17 <input type="checkbox"/>		Mayor a 17 hasta 24 <input type="checkbox"/>		Mayor a 24 hasta 46 <input type="checkbox"/>		Superiores a 48 <input type="checkbox"/>	

5. OPERACIONES INTERNACIONALES						
REALIZAR OPERACIONES INTERNACIONALES			TIPO DE TRANSACCIÓN			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>		EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	
			INVERSIONES <input type="checkbox"/>		PRÉSTAMOS M/TE <input type="checkbox"/>	
					INVERSIONES <input type="checkbox"/>	
					OTRAS <input type="checkbox"/>	

6. REFERENCIAS			
FAMILIAR	NOMBRE		PARENTESCO
	DIRECCIÓN		TELÉFONO
PERSONAL	NOMBRE		PARENTESCO
	DIRECCIÓN		TELÉFONO

7. ORIGEN FONDOS		
Los recursos que entreguen en depósitos provienen de las siguientes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)		
VALOR QUE ME COMPROMETO A CAPITALIZAR MENSUALMENTE (EL 5% DE MI INGRESO BÁSICO) \$ _____	VALOR INGRESO MENSUAL \$ _____	A CUENTA DE AHORRO \$ _____
HAGO CONSTAR QUE ME HAN DADO A CONOCER LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LA COOPERATIVA Y POR TANTO DE SER APROBADO MI INGRESO, ACEPTO Y ACOJO LOS ESTATUTOS Y REGLAMENTOS DE LA COOPERATIVA.		
YO, _____ AÑOS DE EDAD, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE DESEO Y ES MI VOLUNTAD QUE DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA LEY, EN CASO DE MI FALLECIMIENTO, MIS AHORROS Y SEGURO SEAN ENTREGADOS A:		
NOMBRE		PARENTESCO
_____		_____
_____		_____
_____		_____

REGISTRO SOCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C o T.I	EDAD	PARENTESCO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Obro en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a COOMULTRAISS con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular externa 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995(Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificado de depósito a término y certificados de depósito de ahorro a termino.

1. Los recursos que entreguen en depósito provienen de los descritos en la casilla ORIGEN DE FONDOS de este formulario
2. Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantengan 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, o de la violación del mismo. Así mismo, autorizo a COOMULTRAISS a reportar, procesar solicitar y divulgar a la Central de Información del Sector Financiero CIFIN -que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente de la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos, en donde se consignen de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado, comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. La permanencia de la información que refleje incumplimiento dependerá del momento en que se efectuó el pago, de la siguiente manera:

- * Si el periodo de incumplimiento es inferior a un (1) año el término de caducidad del dato será igual al doble de la mora siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
- * Si el periodo de incumplimiento es superior a un (1) año el término de caducidad del dato será de dos (2) años, siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
- * Si el pago se produce como consecuencia de un proceso ejecutivo, el término de caducidad del dato será de cinco (5) años, siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
- * Si el pago se produce luego de la notificación del mandamiento ejecutivo y sin que hubiera propuesto excepciones, el término de la caducidad será de dos (2) años, siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
- * Si como demandado en un proceso ejecutivo invoco excepciones y prosperan, la obligación se extingue y el dato será objeto de exclusión de la base de datos de la Central de Información.
- * Si la excepción que a prosperado se refiere a "prescripción" a "caducidad", el dato no será objeto de exclusión de la base de datos de la Central de Información, en ningún tiempo.

Las reglas anteriores deben entenderse únicamente para aquellos eventos en los que durante el término de caducidad inicial de un dato histórico no se ha reportado nuevos incumplimientos. Si incurro en nuevos incumplimientos reincidencia- de cualquiera de mis obligaciones durante el término de caducidad de un dato, la vigencia del archivo histórico se ampliará.

1. Los términos de caducidad de cada obligación se contarán en forma independiente de acuerdo con los plazos anteriores, a fin de establecer cual de los dichos términos finaliza de último en el tiempo. Determinado lo anterior, los datos de la totalidad de las obligaciones se mantendrán hasta dicha fecha.
2. Tratándose de productos cancelados por mal manejo, tales como cuentas corrientes y tarjetas de crédito, el dato así reportado se mantendrá por termino de dos (2) años. En caso de reincidencia se mantendrá hasta la fecha de caducidad del ultimo reporte recibido, calculado de conformidad con las condiciones señaladas en el inciso anterior.

Todos los plazos anteriormente señalados se entenderán modificados cuando así lo determine la jurisprudencia, las normas legales al respecto y Reglamento de la CIFIN. La consecuencia de esta autorización será la consulta e inclusión de mis datos financieros en la Central de Información del Sector Financiero C/FIN y demás entidades que manejan este tipo de información, por tanto, las entidades del sector financiero afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones financieras.

Igualmente, declaro que la información suministrada en esta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma.

FIRMA _____ C.C. DE		_____ PRESENTADO POR
FECHA DE APROBACIÓN: _____		
ACTA DE ACONSEJO DE ADMINISTRACIÓN No. _____		
_____ PRESIDENTE	_____ SECRETARIO	



COOPERATIVA SOLIDARIA DE AHORRO Y CRÉDITO

NIT.: 890.704.364-7

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CLIENTE

ESTE FORMULARIO HABILITA LA APERTURA DE TODOS LOS PRODUCTOS

CIUDAD	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">AÑO</td> <td style="width:33%; text-align: center;">MES</td> <td style="width:33%; text-align: center;">DÍA</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA			
AÑO	MES	DÍA					

1. DATOS PERSONALES										
TIPO DE DOCUMENTO O <input type="checkbox"/> C. <input type="checkbox"/> N. <input type="checkbox"/> U. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/> E. <input type="checkbox"/> R. <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/>		No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD			FECHA Y LUGAR EXPEDICIÓN			DEPARTAMENTO		
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRES				
LUGAR DE NACIMIENTO - CIUDAD			FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA		DEPARTAMENTO		PAIS		GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	PERSONA JURÍDICA <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA				BARRIO			CIUDAD		CÓDIGO ESTRATO 1 2 3 4 5 6	
DEPARTAMENTO			TELÉFONO			CELULAR		E-MAIL		
NIVEL DE ESTUDIOS		NINGUNO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL		SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		MADRE CABEZA DE FAMILIA <input type="checkbox"/>		
ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/>		MAESTRÍA <input type="checkbox"/> DOCTORADO <input type="checkbox"/> POST - DOCTORADO <input type="checkbox"/>								

2. DATOS ASOCIADOS			
ASOCIADO <input type="checkbox"/> EX - ASOCIADO <input type="checkbox"/> NO ASOCIADO <input type="checkbox"/>		FECHA DE RETIRO EX - ASOCIADO	
ACTIVO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		FECHA DE CONSTITUCIÓN EMPRESA	

3. DATOS LABORALES									
ACTIVIDAD ECONÓMICA		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> CESANTE <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN O CARGO		PROFESIÓN U OFICIO		NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO O JUBILADO <input type="checkbox"/>									
DIRECCIÓN				CIUDAD		DEPARTAMENTO		TELÉFONO	
FECHA DE INGRESO AÑO MES DÍA		INGRESO MENSUAL \$		TIPO DE CONTRATO CULMINACIÓN DE OBRA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		NO EMPLEADO <input type="checkbox"/> T. INDEFINIDO <input type="checkbox"/> T. FIJO <input type="checkbox"/>		JORNADA LABORAL TIEMPO TOTAL <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA					
TOTAL DE INGRESOS MENSUALES \$		TOTAL DE EGRESOS MENSUALES \$		TOTAL ACTIVOS \$	TOTAL PASIVOS \$
NIVEL DE INGRESOS (Representados en ingreso mensual en número de SMLMV):					SECTOR ECONÓMICO
Sin Ingresos <input type="checkbox"/>		Mayor a 0 hasta 1 <input type="checkbox"/>	Mayor a 1 hasta 2 <input type="checkbox"/>	Mayor a 2 hasta 3 <input type="checkbox"/>	Mayor a 3 hasta 4 <input type="checkbox"/>
Mayor a 4 hasta 6 <input type="checkbox"/>		Mayor a 6 hasta 8 <input type="checkbox"/>	Mayor a 8 hasta 11 <input type="checkbox"/>	Mayor a 11 hasta 17 <input type="checkbox"/>	Mayor a 17 hasta 24 <input type="checkbox"/>
Mayor a 24 hasta 46 <input type="checkbox"/>		Superiores a 48 <input type="checkbox"/>			

5. OPERACIONES INTERNACIONALES					
REALIZAR OPERACIONES INTERNACIONALES		TIPO DE TRANSACCIÓN			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		IMPORTACIONES <input type="checkbox"/>		EXPORTACIONES <input type="checkbox"/>	
		INVERSIONES <input type="checkbox"/>		PRÉSTAMOS M/TE <input type="checkbox"/>	
				INVERSIONES <input type="checkbox"/>	
				OTRAS <input type="checkbox"/>	

6. REFERENCIAS			
FAMILIAR	NOMBRE		PARENTESCO
	DIRECCIÓN		TELÉFONO
PRESONAL	NOMBRE		PARENTESCO
	DIRECCIÓN		TELÉFONO

7. ORIGEN FONDOS
Los recursos que entreguen en depósitos provienen de las siguientes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

8. VINCULOS ACTUALES CON COOMULTRAISS	
CUENTA DE AHORRO No.	Crédito \$
CDAT No.	Crédito \$

DOCUMENTOS REQUERIDOS:
* Fotocopia documento de Identidad *

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a COOMULTRAISS con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado si al respecto en la Circular extema 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo -de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificado de deposito a termino y certificados de deposito de ahorro a termino

1. Los recursos que entreguen en depósito provienen de los descritos en la casilla "ORIGEN DE FONDOS" de este formulario
2. Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantengan 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, o de la violación del mismo.

Así mismo, autorizo a COOMULTRAISS a reportar, procesar solicitar y divulgar a la Central de Información del Sector Financiero CIFIN-que administra la Asociación Bancada y de Entidades Financieras de Colombia o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente de la entidad Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos, en donde se consignen de manera completa, todos los datos referentes a mi, actual y pasado, comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

La permanencia de la información que refleje incumplimiento dependerá del momento en que se efectuó el pago, de la siguiente manera:

- * Si el periodo de incumplimiento es inferior a un (1) año el término de caducidad del dato será igual al doble de la mora siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
 - * Si el periodo de incumplimiento es superior a un (1) año el término de caducidad del dato será de dos (2) años, siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, / no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
 - * Si el pago se produce como consecuencia de un proceso ejecutivo, el término de caducidad del dato será de cinco (5) años, siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
 - * Si el pago se produce luego de la notificación del mandamiento ejecutivo y sin que hubiera propuesto excepciones, el término de la caducidad será de dos (2) años, siempre y cuando el pago de la obligación haya sido voluntaria, y, no ingresen otros datos de incumplimiento o mora de mis obligaciones.
 - * Si como demandado en un proceso ejecutivo invoco excepciones y prosperan, la obligación se extingue y el dato será objeto de exclusión de la base de datos de la Central de Información.
 - * Si la excepción que a prosperado se refiere a "prescripción" o a "caducidad", el dato no será objeto de exclusión de la base de datos de la Central de Información, en ningún tiempo. Las reglas anteriores deben entenderse únicamente para aquellos eventos en los que durante el término de caducidad inicial de un dato histórico no se ha reportado nuevos incumplimientos.
- Si incurro en nuevos incumplimientos reincidencia- de cualquiera de mis obligaciones durante el término de caducidad de un dato, la vigencia del archivo histórico se ampliara.
- * Los términos de caducidad de cada obligación se contarán en forma independiente de acuerdo con los plazos anteriores, a fin de establecer cual de los dichos términos finaliza de último en el tiempo. Determinado lo anterior, los datos de la totalidad de las obligaciones se mantendrán hasta dicha fecha.
 - * Tratándose de productos cancelados por mal manejo, tales como cuentas corrientes y tarjetas de crédito, el dato así reportado se mantendrá por termino de dos (2) años. En caso de reincidencia se mantendrá hasta la fecha de caducidad del último reporte recibido, calculado de conformidad con las condiciones señaladas en el inciso anterior.

Todos los plazos anteriormente señalados se entenderán modificados cuando así lo determine la jurisprudencia, las normas legales al respecto y Reglamento de la CIFIN. La consecuencia de esta autorización será la consulta e inclusión de mis datos financieros en la Central de Información del Sector Financiero CIFIN y demás entidades que manejan este tipo de información, por tanto, las entidades del sector financiero afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones financieras.

Igualmente, declaro que la información suministrada en esta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma.

Firma del Solicitante

FECHA

CONFIRMACIÓN DE DATOS Y REFERENCIAS

DATOS PERSONALES



DATOS LABORALES



REFERENCIAS FAMILIARES



REFERENCIAS PERSONALES



OBSERVACIONES:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE CONFIRMO

FIRMA



COOPERATIVA SOLIDARIA DE AHORRO Y CRÉDITO

FORMULARIO DE VINCULACIÓN DEL ASOCIADO (CLIENTE)

Fecha de Diligenciamiento Propósito: Cliente nuevo
Actualización

A. PERSONAS NATURALES

1. Nombres _____
2. Apellidos _____
3. No. Identificación _____

C.C	T.I	C.E	Pas
-----	-----	-----	-----
4. Fecha expedición _____
5. Nacionalidad _____
7. Fecha de nacimiento _____
8. Lugar de nacimiento _____ Departamento _____ Municipio _____
9. Dirección domicilio _____
Departamento _____ Municipio _____
10. Correo electrónico _____
11. Teléfono residencia _____
12. Teléfono celular _____
13. Nombre de la empresa donde labora _____ 14. Cargo _____
14. Dirección Trabajo _____ Departamento _____ Municipio _____
16. Teléfono(s) _____ No. de Fax _____
17. Ocupación, oficio o profesión _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

18. ¿Por su cargo maneja recursos Públicos? SI NO
19. Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO
20. ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI NO
21. ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO
22. Descripción Actividad Económica _____ 23. CIU _____

24. INFORMACIÓN FINANCIERA (\$)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal

Otros ingresos (especificar) Concepto otros ingresos _____

Egresos mensuales

Total activos

Total pasivos

Total patrimonio

B. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

25. Realiza operaciones en moneda extranjera SI NO

26. Posee cuentas en moneda extranjera SI NO

Tipo de producto _____ Monto _____

Identificación del producto _____ Ciudad _____

Número del producto _____ País _____

Entidad _____ Moneda _____

27. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

FIRMA CLIENTE

HUELLA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERÍDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.

ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL.

FIRMA CLIENTE

HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

C. ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA

28. OBSERVACIONES _____

29. FECHA REALIZACIÓN ENTREVISTA

30. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ ENTREVISTA

31. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

32. FECHA VERIFICACIÓN INFORMACIÓN

DOCUMENTOS ANEXOS	PN
Fotocopia del documento	X
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	X
Declaración de renta del último periodo gravable disponible	X



AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES

La protección y el buen manejo de la información personal de sus asociados, usuarios y vinculados, entendiéndose estos últimos como los representantes legales, asociados y cualquier otra persona natural autorizada por el principal (asociado y/o usuario) para ejercer algún derecho sobre los productos de ahorro y crédito suscrito o que se suscriban en el futuro son muy importantes para la Cooperativa Solidaria de Ahorro y Crédito, COOMULTRAISS, por cuanto la misma le permite atender de mejor manera las necesidades que ustedes tienen, así como cumplir con las obligaciones a su cargo. Es por ello que COOMULTRAISS ha diseñado políticas y procedimientos que en conjunto con la presente autorización, permiten hacer uso de sus datos personales conforme a la ley. Así lo invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual autoriza el tratamiento de su información personal.

1. En relación con mis datos personales: Por vía de este documento, en mi calidad de titular de la información o representante legal del mismo, autorizo a COOMULTRAISS a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin Limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos y cuentas de cobro, la realización de actividades de cobranza, entre otros; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de la Cooperativa de los que soy titular; 3) Ser informado sobre los cambios reglamentarios y citaciones a los eventos que se organicen; 4) La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que la Cooperativa establezca para tal fin, 5) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, la Cooperativa podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. Esta autorización incluye el tratamiento de mis datos biométricos como son la firma y huella que permitan garantizar el uso y acceso a los recursos de información y monetarios exclusivamente por mí y mis autorizados, previniendo la suplantación. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de la Cooperativa, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos y servicios de los que soy titular. Así mismo, a las entidades que están relacionadas directamente con COOMULTRAISS y a los terceros con quien la Cooperativa o esas entidades establezcan alianzas comerciales y de gestión, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios estructurados que puedan ser de mi interés. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada por mí y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley y en el Protocolo para la Administración de Datos Personales de COOMULTRAISS, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con la Cooperativa o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización.
2. En relación con la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros: Así mismo, en mi calidad de titular de la información o representante legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a (a Cooperativa para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, actualice, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier operador de información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico. Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos operadores de información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente.
3. En relación con el uso compartido de la información: Igualmente, la presente autorización implica que COOMULTRAISS podrán circular y compartir con propósitos gerenciales, comerciales, de gestión de riesgos, consolidación de información, estadísticos y de servicio, los datos personales suministrados por mí a COOMULTRAISS con ocasión de las relaciones contractuales generadas con la vinculación a los servicios de ahorro y crédito que presta COOMULTRAISS, así como el registro fotográfico, referencias comerciales, referencias personales, registro de firmas, registro de huellas y antecedentes disciplinarios.

Para constancia firmo:

FIRMA: _____

NOMBRE: _____ C.C _____