



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)

1. INFORMACION PERSONAL

Fecha Radicación: Dia: _____ Mes: _____ Año: _____

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.		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. Hijos: _____ 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"/> Asalariado <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	Nombres y Apellidos:			Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____		
	Fecha de expedición: D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tel. fijo: _____	Cel.: _____		
	Empresa: _____	Dirección Empresa: _____	Cargo actual: _____	Ingresos: _____	Gastos: _____	

NOMBRES		PARENTESCO	EDAD	OCCUPACION/OFICIO

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:

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos \$ _____	Total activos \$ _____
Egresos \$ _____	Total pasivos \$ _____
Otros Ingresos \$ _____	Total patrimonio \$ _____
Descripción otros ingresos: _____	

DESCRIPCION ACTIVOS

Inmueble: _____	Dirección: _____	Matricula: _____	No. escritura: _____	Valor comercial: _____	Hipoteca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Saldo \$ _____
Inmueble: _____	Dirección: _____	Matricula: _____	No. escritura: _____	Valor comercial: _____	Hipoteca: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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"/>	Es persona públicamente expuesta? 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 vínculo 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:**

1. Tanto mi actividad, profesión 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
2. 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.
3. Me comprometo a cumplir las leyes, estatutos y reglamentos internos de la Cooperativa. Ademas aceptare todas las disposiciones que en desarrollo de las actividades cooperativas dicten los organismos encargados de su dirección y administración.
4. Los recursos que se deriven del desarrollo de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. 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 trasnacional.
6. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas y verídicas en la forma en que aparecen escritas.
7. 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 Aportes 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 Aportes 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:		