



PERSONAS NATURALES

Calle 34 N° 43-66 Of. 223 / Teléfono: 232 02 21
coyamor@gmail.com / Medellín - Colombia

AFILIACIÓN

TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Favor diligenciar el presente formato en letra imprenta sin tachones, borrones o enmendaduras.

FSARLAFT-01 Abril-2019

DATOS PERSONALES											
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre			Segundo Nombre		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Lugar y Fecha de Expedición				LUGAR DE NACIMIENTO							
C.C. T.I. R.C. C.E. Pasaporte				Fecha de Nacimiento		Departamento		Municipio		Nacionalidad	
Número _____				Año Mes Día							
Estado Civil		Nro. Personas a cargo		Nivel de Estudio			Dirección Domicilio		Barrio		
Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>				Ninguno <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/>							
Otro _____				Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>			Estrato		Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		
Departamento		Municipio		Teléfono Residencia		Teléfono Celular / Móvil		Correo Electrónico			
Ocupación, oficio o profesión				CIU		Descripción Actividad Económica				CIU	
				Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/>							
Nombre de la empresa donde labora			Dirección de Trabajo			Departamento		Municipio			
Teléfono Empresa		Fax Empresa		Cargo			Tipo de Contrato		Periodicidad de Pago		
Fecha de Vinculación Año Mes Día			PEPs(Persona Expuesta Públicamente) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Administra Recursos Públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN FINANCIERA											
INGRESOS MENSUALES					EGRESOS MENSUALES						
Salario/ Pensión (De su actividad principal) \$					Gastos Familiares \$						
Comisiones / Honorarios \$					Valor Arriendo \$						
Arrendamientos \$					Obligaciones Financieras \$						
Otros Ingresos \$					Otros Egresos \$						
TOTAL INGRESOS \$					TOTAL EGRESOS \$						
Detalle Otros Ingresos					Saldo de deudas actuales \$						
TOTAL ACTIVOS \$			TOTAL PASIVOS \$			TOTAL PATRIMONIO \$					
ACTIVOS											
Tipo de Propiedad					Dirección - Ciudad			Valor Comercial			
Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>											
Tipo de Vehículo		Placa		Marca		Modelo		Valor Comercial			
TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA											
¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera?		¿Posee cuentas en Moneda Extranjera?			Banco: _____		Moneda: _____				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Ciudad: _____		País: _____				
Cuáles _____		Cuenta No: _____			Huella		Tipo de Operación				
Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera							Importador <input type="checkbox"/>				
FIRMA CLIENTE: _____							Exportador <input type="checkbox"/>				
REFERENCIAS											
FAMILIAR	Apellido y Nombres			Parentesco		Dirección - Ciudad		Teléfono			
PERSONAL	Apellido y Nombres			Dirección - Ciudad			Teléfono				

COMERCIAL	Nombre / Empresa	Teléfono:	Ciudad	Servicio o Producto	
FINANCIERA	Nombre / Entidad	Teléfono:	Oficina	Servicio o Producto	Nro. Producto

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado con C.C. _____, obrando en nombre propio y de manera voluntaria, declaro:

- Los recursos que entrego y entregaré a la COOPERATIVA como depósito o para pagar préstamos, provienen de las siguientes fuentes: (detalle de la ocupación, profesión u oficio, actividad, negocio, etc.). _____
- Los recursos que entrego y entregaré a la COOPERATIVA, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- 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 efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

- Cancelar las cuentas de depósitos y ahorro que mantenga en ella, si se presentase infracción de mi parte de lo dicho en esta declaración y la eximo de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado o por la violación de cualquier punto en esta declaración.
- Enviar mensajes de texto o de voz para fines comerciales de cobranza, a los teléfonos celulares, correos electrónicos y demás redes sociales que tenga registrados.
- Autorizo expresamente e irrevocablemente a la COOPERATIVA, para que, con fines estadísticos y de información, consulte, reporte, circule e incluya información a las centrales de riesgo o cualquier otra entidad autorizada por la Superintendencia de la Economía Solidaria, relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábito de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de éstas, lo mismo que el suministro de tal información a quienes tuviesen interés legítimo de ella.
- Tengo conocimiento de que toda la información sobre mi comportamiento de pago será reportada permanente a las CENTRALES DE RIESGO. Si el crédito se mantiene al día, entre otras ventajas, mantendré la historia positiva de los pagos; si se presentan retrasos, éstos se verán reflejados por varios periodos de acuerdo con la normatividad legal vigente, dependiendo del término de la mora y de la forma utilizada para el pago (voluntario o jurídico).
- En cumplimiento con la ley 1581 de 2012 y el decreto ley 1377 de 2013 obrando como titular autorizo a la COOPERATIVA para que de forma total o parcial procese, divulgue, transfiera o transmita los datos suministrados.
- Manifiesto que conozco y acato las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen la COOPERATIVA. De igual forma acato las decisiones que en desarrollo de sus actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración.
- Autorizo irrevocablemente a la COOPERATIVA para debitar de los depósitos que posea en la entidad sin previo aviso cualquier suma de dinero para cubrir las cuotas derivadas de las obligaciones o el pago parcial o absoluto de los saldos vencidos y en mora de los mismos al igual que para cubrir los aportes mínimos requeridos.
- La COOPERATIVA podrá dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocios, con el suscrito teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los contratos de los diferentes productos, las siguientes: a) Cuando figure en cualquier tipo de investigación o procesos relacionados con delitos fuentes de lavado de Activos y financiación del Terrorismo (LA/FT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades. b) Cuando me encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera. c) Cuando figure en requerimientos de entidades de control, noticias tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/TF).

FIRMA

Certifico que he entendido el contenido de este formulario, que la información que he suministrado es veraz y autorizo a la COOPERATIVA para que la verifique. Me comprometo a actualizar dicha información por lo menos una vez al año.

En constancia firmo hoy _____ de _____ del año _____ en la ciudad de _____

Firma del Solicitante _____

C.C. _____



DOCUMENTOS ANEXOS:

- Fotocopia de documento de identidad.
- Constancia de Ingresos (Honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones.)
- Declaración de renta de último período gravable disponible.



ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

Fecha de la Entrevista: _____ AAAA/ MM / DD Hora: _____

Observaciones: _____

Nombre del Empleado que Realiza la Entrevista

Firma

Cargo

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Información Verificada por:

Nombre del Empleado

Firma

Cargo

Fecha Verificación de la Información: _____ AAAA/ MM / DD

Observaciones: _____

VIGILADA SUPERSOLIDARIA