



TIPO DE AFILIACIÓN: PRIMERA VEZ REAFILIACIÓN

CIUDAD	OFICINA	FECHA VINCULACIÓN
		DD MM AA

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS													SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO				EXPEDIDA EN			FECHA DE EXPEDICIÓN				
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>											DD MM AA				
ESTADO CIVIL (SELECCIONE)				NIVEL EDUCATIVO				ESTRATO	TIPO DE VIVIENDA			ZONA UBICACIÓN			
SOLTERO <input type="checkbox"/>	CASADO <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO <input type="checkbox"/>	U. LIBRE <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	PRIMARIA <input type="checkbox"/>	BACHILLER <input type="checkbox"/>	TÉCNICO <input type="checkbox"/>	UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/>		PROPIA <input type="checkbox"/>	ARRIENDO <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	LOCALIDAD	BARRIO
FECHA NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCION DOMICILIO					MUNICIPIO / CIUDAD		DEPARTAMENTO			
DD	MM	AA													
CORREO ELECTRÓNICO				CELULAR			TELEFONO			NO. DE HIJO					
OCUPACIÓN (SELECCIONE)							ACTIVIDAD PRINCIPAL CIU			DESCRIPCIÓN DEL CIU					
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> HOGAR <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> MENOR DE EDAD <input type="checkbox"/>															
DETALLE ACTIVIDAD ECONÓMICA O PROFESIÓN										NO. PERSONAS A CARGO					

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR (TUTOR)		TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO
		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>	
PARENTESCO CON EL MENOR			

2. DATOS LABORALES

NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO		TIPO DE EMPRESA O NEGOCIO			CARGO
		PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> OTRA, CUAL?			
FECHA DE INGRESO LABORAL	DIRECCIÓN DE EMPRESA O NEGOCIO		CIUDAD	BARRIO	TELÉFONO
DD MM AA					

MANEJA DINERO DEL ESTADO O ESTÁ EXPUESTO PÚBLICAMENTE? SI NO

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

TOTAL INGRESOS MENSUALES		OTROS INGRESOS MENSUALES		TOTAL ACTIVOS	
TOTAL EGRESOS MENSUALES		OTROS EGRESOS MENSUALES		TOTAL PASIVOS	
FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA SUMINISTRADA		DD	MM	AA	ES DECLARANTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS FONDOS CON LOS CUALES SE MANEJA LA CUENTA Y/O CERTIFICADO PROVIENE DE:					

4. DATOS CONYUGE

NOMBRES Y APELLIDOS		TIPO DE EMPRESA O NEGOCIO			CARGO
		PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>			
		OTRA, CUAL?			
TIPO DE DOCUMENTO		NÚMERO		EXPEDIDA EN	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> P.P. <input type="checkbox"/>					DD MM AA
DIRECCIÓN DE EMPRESA O NEGOCIO			CIUDAD	BARRIO	TELÉFONO

MANEJA DINERO DEL ESTADO O ESTÁ EXPUESTO PÚBLICAMENTE? SI NO

5. REFERENCIAS

PERSONA QUE LO REFERENCIA A LA COOPERATIVA	NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
PERSONAL	NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FAMILIAR	NOMBRES Y APELLIDOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO

6. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. DECLARO QUE EL ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS PARA LA APERTURA, CERTIFICADOS Y DEMÁS PRODUCTOS PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS LAS CUALES RELACIONO A CONTINUACIÓN:

_____ Y NO ACEPTO COMO PROPIAS, LOS DEPÓSITOS QUE A MI(S) CUENTA(S) EFECTÚEN TERCEROS CON DINERO PROVENIENTE DE ACTIVIDADES ILÍCITAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO O EN CUALQUIER NORMA QUE LO MODIFIQUE O ADICIONE, NI EFECTUARE TRANSACCIONES DESTINADAS A TALES ACTIVIDADES A FAVOR DE PERSONAS RELACIONADAS CON LAS MISMAS. AUTORIZO DE MANERA EXPRESA, PERMANENTE E IRREVOCABLE A COOPCREDIQUINTAS O A QUIEN REPRESENTA SUS DERECHOS U OSTENTE EN EL FUTURO LA CALIDAD DE ACREEDOR PARA: 1) VERIFICAR LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO QUE CONSIDERE CONVENIENTE. 2) REPORTAR, ALMACENAR, ACTUALIZAR, CONSULTAR, PROCESAR, COMPILAR, INTERCAMBIAR, SUMINISTRAR, GRABAR, SOLICITAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL Y/O FINANCIERA ANTE CUALQUIER OPERADOR, CENTRALES DE INFORMACIÓN DEL SECTOR FINANCIERO, BASES DE INFORMACIÓN O CUALQUIER OTRA ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASES DE DATOS CON LOS MISMOS FINES, TODA LA INFORMACIÓN DERIVADA DE CUALQUIER TIPO DE OPERACIÓN QUE CELEBRE CON CREDIQUINTAS, CON FINES ESTADÍSTICOS, DE CONTROL, SUPERVISIÓN, PRUEBAS DE MERCADEO, ACTUALIZACIÓN O VERIFICACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE CONFORMIDAD CON LO PRECEPTUADO EN LA LEY DE HABEAS DATA Y DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES SE REFLEJARÁ EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS EN DONDE SE CONSIGNAN DE MANERA COMPLETA TODOS LOS DATOS REFERENTES A MI ACTUAL, PASADO Y FUTURO COMPORTAMIENTO FRENTE AL SECTOR FINANCIERO Y EN GENERAL FRENTE AL COMPORTAMIENTO DE MIS OBLIGACIONES 3) DEBITAR DE MI(S) CUENTA(S) ABIERTAS EN ESTA, TODOS LOS VALORES ORIGINADOS EN LAS OPERACIONES Y SERVICIOS QUE COOPCREDIQUINTAS ME SUMINISTRE DECLARO QUE: 1) ME COMPROMETO A ACTUALIZAR ANUALMENTE, Y CUANDO ME LO SOLICITEN, LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMULARIO Y PRESENTAR LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR COOPCREDIQUINTAS. 2) ME RESERVO EL DERECHO A CONOCER, ACTUALIZAR, RECTIFICAR, MODIFICAR, ELIMINAR, LA INFORMACIÓN DE CARÁCTER PERSONAL ASÍ COMO A SOLICITAR POR CUALQUIER MEDIO A CREDIQUINTAS NO UTILIZAR O REVOCAR MI INFORMACIÓN PERSONAL 3) CONOZCO MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES DERIVADOS DE LA LEY DE HABEAS DATA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. 4) COOPCREDIQUINTAS ME HA INFORMADO LOS CANALES DE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE LOS CUALES PUEDO ACCEDER PARA CONOCER LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS NORMAS ANTES CITADAS. 5) ME OBLIGO A ACTUALIZAR LOS DATOS REGISTRADOS Y PRESENTAR LOS DOCUMENTOS O SOPORTES REQUERIDOS ANUALMENTE. 6) AUTORIZO A COOPCREDIQUINTAS PARA CONSULTAR ANTE LAS CENTRALES DE RIESGO DEL PAÍS, NUESTRO ENDEUDAMIENTO DIRECTO E INDIRECTO CON LAS ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO, COMERCIAL, DEL SECTOR REAL, Y SOLIDARIO A NIVEL NACIONAL ASÍ COMO PARA REPORTAR A ESTAS ENTIDADES EL MANEJO Y LOS SALDOS QUE A FAVOR DE COOPCREDIQUINTAS RESULTAREN DE TODAS LAS OPERACIONES DE CRÉDITO DIRECTO E INDIRECTO Y QUE BAJO CUALQUIER MODALIDAD NOS HAYAN OTORGADO. 7) AUTORIZAMOS A COOPCREDIQUINTAS PARA ENVIARNOS INFORMACIÓN SOBRE NUESTRO ESTADO DE CUENTA POR MEDIO ESCRITO, CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO, DE VOZ VÍA CELULAR Y CUALQUIER OTRO MEDIO DE COMUNICACIÓN.

7. BENEFICIARIOS

NOMBRES	IDENTIFICACIÓN	A CARGO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	TELÉFONO	%

DECLARO QUE ES MI DESEO Y ES MI VOLUNTAD QUE DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA LEY EN CASO DE FALLECIMIENTO, MIS APORTES Y EL AUXILIO QUE ME PUEDA CORRESPONDER SEGÚN LO DETERMINADO EN EL REGLAMENTO QUE SE ENCUENTRE VIGENTE SEAN ENTREGADOS A LAS PERSONAS QUE ANTERIORMENTE RELACIONÉ.

8. FIRMA Y HUELLA

CERTIFICO (AMOS) QUE LA INFORMACIÓN APORTADA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERAZ Y HABIENDO LEÍDO Y COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, EN CONSTANCIA FIRMO (AMOS):

<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA SOLICITANTE O TUTOR</p>	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">EN CASO DE SER MENOR DE EDAD FIRMA DE LA MADRE O PADRE</p>	<p style="text-align: center;">HUELLA ÍNDICE DERECHO</p>
---	--	--

9. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

LUGAR	FECHA	HORA	RESULTADO
	DD MM AA	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO
OBSERVACIONES:			<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA ASESOR OFICINA</p>

10. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

FECHA	HORA	TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ
DD MM AA	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		
CONFIRMACIÓN DE LA DIRECCIÓN			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA OFICIAL DE CUMPLIMIENTO</p>		<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE OFICINA</p>	

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PERMITO SOLICITAR MI INGRESO COMO ASOCIADO (A); ME DECLARO CONFORME CON LAS NORMAS, OBJETIVOS, ESTATUTOS Y REGLAMENTOS QUE LA RIGEN. ACEPTO MIS DEBERES COMO ASOCIADO Y ME COMPROMETO A ACATAR LA NORMATIVIDAD VIGENTE, A CONTINUACIÓN SUMINISTRO MI INFORMACIÓN DE DATOS PERSONALES Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA DAR TRATAMIENTO DE ACUERDO A LAS POLÍTICAS ESTABLECIDAS, ASÍ COMO LO ESTIPULADO EN LA LEY 1581 DE 2012, ESTOS DATOS PODRÁN SER PROCESADOS, RECOLECTADOS, ALMACENADOS, USADOS, CIRCULADOS, SUPRIMIDOS, COMPARTIDOS, ACTUALIZADOS, TRANSMITIDOS, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD SEÑALADAS SEGÚN SEAN APLICABLES, PRINCIPALMENTE PARA HACER POSIBLE LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS, PARA REPORTES A AUTORIDADES DE CONTROL, VIGILANCIA Y ADEMÁS DE USO PARA FINES ADMINISTRATIVOS, COMERCIALES, DE PUBLICIDAD Y CONTACTO FRENTE A LOS TITULARES DE LOS MISMOS. AUTORIZO A COOPCREDIQUINTAS PARA PUBLICAR LAS FOTOS PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES QUE REALICE EN LA PÁGINA WEB, REVISTA, REDES SOCIALES Y OTROS MEDIOS QUE LA COOPERATIVA UTILICE PARA SU PUBLICIDAD.