



PERSONAS NATURALES

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

AFILIACIÓN

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

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

FSARLAFT 01-OCT-2023

DATOS PERSONALES									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		Lugar y Fecha de Expedición			LUGAR DE NACIMIENTO				
Número _____					Fecha de Nacimiento		Departamento		Municipio
Estado Civil Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro _____		Nro. Personas a cargo	Nivel de Educación: Ninguno <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>			Dirección Domicilio		Barrio	País de Residencia
Departamento		Municipio		Teléfono Residencia		Teléfono Celular / Móvil		Correo Electrónico	
Ocupación, oficio o profesión			CIU	Ocupación / Actividad Económica					
			Empleado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>		
			Independiente <input type="checkbox"/>	Ama de Casa <input type="checkbox"/>	Rentista de Capital <input type="checkbox"/>	Religioso <input type="checkbox"/>	Cual: _____		
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Niños, Niñas, Adolescentes: <input type="checkbox"/>		Mayores de 60 años: <input type="checkbox"/>		Personas con discapacidad física, mental o sensorial: <input type="checkbox"/>			
		Mujer cabeza de familia: <input type="checkbox"/>		Población diversa LGBTIQ+: <input type="checkbox"/>		Persona en condición de pobreza extrema: <input type="checkbox"/>			
		Pueblos indígenas: <input type="checkbox"/>		Victimas del conflicto armado: <input type="checkbox"/>		Población afrocolombiana <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____	
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 Politicamente) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Administra Recursos Públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Nombre del representante legal o apoderado del asociado (si aplica) *menores de edad									
N° identificación del apoderado del asociado (si aplica) *menores de edad									
DATOS DEL CONYUGUE									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre			
Cédula No.				Teléfono					
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 Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>				Dirección - Ciudad			Valor Comercial		
Tipo de Vehículo		Placa	Marca		Modelo		Valor Comercial		
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA									
Es usted residente fiscal(responsable de impuestos) en cualquier otro país diferente a Colombia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Posee cuentas en Moneda Extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Banco: _____		Moneda: _____		
					Ciudad: _____		País: _____		
Cúales _____		Cuenta No: _____			Huella		Tipo de Operación		Importador <input type="checkbox"/>
Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera									Exportador <input type="checkbox"/>
FIRMA CLIENTE: _____									

REFERENCIAS

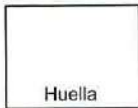
FAMILIAR	Apellido y Nombres	Parentesco	Dirección - Ciudad	Teléfono
PERSONAL	Apellido y Nombres	Dirección - Ciudad		Teléfono

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).
- Autorizo a la cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
- 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 trasmita 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).
- 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.
- En cumplimiento con la ley 2300 Autorizo a COY-AMOR, o a quien éste delegue; a contactarme por medio de envío de mensaje de texto, correo electrónico, llamadas, chats de mensajería instantánea, remisión de correspondencia a mi dirección de residencia, mi dirección laboral, y a través de cualquier otro de los canales informados por mí, para efectos de remitir información comercial o publicitaria y gestiones de cobranza de todos mis créditos activos y cualquier otra obligación adquirida con la entidad. Informo que soy responsable de revisar mi correo electrónico y los mensajes enviados a los canales indicados en el presente documento, razón por la cual, la omisión en el cumplimiento de dicha revisión no invalidará el trámite de notificación personal realizada por COY-AMOR a través de medios electrónicos. Adicionalmente, manifiesto que fui informado acerca de la posibilidad de cancelar la presente autorización en cualquier momento, siempre que no tenga obligaciones activas con COY-AMOR.
- Declaro haber leído cuidadosamente el contenido del presente documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo su alcance e implicaciones.
- El presente documento tendrá validez desde su aceptación con la firma de este.
- "La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999".
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal "declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas".
- 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.)



Seguro de DEPOSITO
 Seguro para su ahorro
 Valor máximo asegurado es de: \$50.000.000
 Información en: www.fogacoop.gov.co

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