



"COOPSERPUCOL"

COOPERATIVA DE APOORTE Y CRÉDITO

FORMATO DE VINCULACIÓN /
ACTUALIZACIÓN ASOCIADOS

VINCULACIÓN Favor diligenciar toda la Información ANEXO No. 5
ACTUALIZACIÓN

I. INFORMACIÓN BÁSICA

TIPO DOCUMENTO CC <input checked="" type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>		NÚMERO DOCUMENTO 1.002.944.222	DEPARTAMENTO / MUNICIPIO Caldas	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO FECHA DE EXPEDICIÓN 31/11/2019
PRIMER APELLIDO Pabico	SEGUNDO APELLIDO Carroza	PRIMER NOMBRE David	SEGUNDO NOMBRE Dora	
FECHA DE NACIMIENTO 21/11/1916	LUGAR DE NACIMIENTO Viterbo	NACIONALIDAD Colombiano	ESTADO CIVIL Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA / BARRIO Calle 02 # 26-91A Ceder		DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales	
TELÉFONO RESIDENCIA	ESTRATO 3	PERSONAS A CARGO 0	CELULAR 3114327918	
OCUPACIÓN: Asalariado (CIU 0010) <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>		Honorarios / Servicios <input type="checkbox"/> Rentista (CIU 0090) <input type="checkbox"/>	Ama de Casa / Estudiante <input type="checkbox"/> Cuenta propia <input type="checkbox"/> CIU <input type="checkbox"/>	
E-MAIL davidpabico@comuna.com		OTRA - Descripción		

II. INFORMACIÓN ACADÉMICA

NIVEL DE ESTUDIOS: Primaria Bachillerato Técnico Tecnológico Universitario Especialización Maestría Doctorado

Título Obtenido (Profesión):

III. INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA Empacalbas SA ESP	FECHA INGRESO 21/10/2019	CARGO QUE OCUPA Asistente Administrativo
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA Calle 23 # 75-82 Milan	DEPARTAMENTO Caldas	MUNICIPIO Manizales
TELÉFONO EMPRESA 867080	EXTENSIÓN	CELULAR
TIPO DE EMPRESA Pública <input checked="" type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	TIPO DE CONTRATO Indefinido <input checked="" type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>	E-MAIL emp@empacalbas.com.co
DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA Servicios <input checked="" type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____	INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> ESTATAL <input type="checkbox"/>	AUTORIZO ENVIAR CORRESPONDENCIA Residencia <input checked="" type="checkbox"/> Empresa <input checked="" type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>
BANCO	TIPO CUENTA	N°
SUELDO MENSUAL ACTUAL 2.10.000		% Aportes

IV. INFORMACIÓN CONYUGUE

APELLIDOS	NOMBRES	INGRESOS
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EMPRESA QUE LABORA / OCUPACIÓN	CARGO
		TELÉFONO

V. REFERENCIAS PERSONALES (No Familiar)

NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	CELULAR	PARENTESCO

VI. REFERENCIAS FAMILIARES (Que No Vivan con usted)

NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	CELULAR	PARENTESCO

VII. DILIGENCIA SI USTED POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO	ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO
NÚMERO DE NIT	CAMARA DE COMERCIO DE REGISTRO (Si Aplica)
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO	FECHA CONSTITUCIÓN (Si Aplica)
TELÉFONO ESTABLECIMIENTO	DEPARTAMENTO
CELULAR	MUNICIPIO
E-MAIL	

VIII. INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS PÚBLICOS

MANEJA USTED RECURSOS PÚBLICOS? SI NO ES USTED SERVIDOR O EMPLEADO PÚBLICO? SI NO

POR FAVOR INFORME EL CARGO PÚBLICO _____ TIENE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? (ARTISTA, CANTANTE, ETC) SI NO

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA? SI NO

IX. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA SUMINISTRADA: DD/ MM/ AAAA: _____ / _____ / _____

TOTAL ACTIVOS \$ _____	TOTAL PASIVOS \$ _____	PATRIMONIO \$ _____
INGRESOS MENSUALES (Actividad Principal) \$ _____	OTROS INGRESOS** \$ _____	EGRESOS MENSUALES \$ _____

** DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS

X. HIJOS Y FAMILIARES BENEFICIARIOS

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	ESTUDIA Primaria (P) Secundaria (S) Universitario (U) o Sin Estudio (SE)	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Discapacitado

XI. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza transacciones en Moneda Extranjera?
SI NO

POSEE CUENTAS EN M/E
SI NO

TIPO DE TRANSACCIÓN:
Exportación Importaciones Transferencias Inversiones Otro Cual?

EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE:

TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO DE CUENTA / PRODUCTO	CIUDAD / PAIS DE LA CUENTA
BANCO O ENTIDAD	MONTO	MONEDA

XII. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

1.- AUTORIZACIONES GENERALES: Autorizo de manera expresa e irrevocable a COOPSERPUCOL, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo.

2.- DECLARACIONES DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS: Obrando en propio nombre, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de Origen de Fondos a COOPSERPUCOL con el propósito que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el Estatuto del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y las demás normas concordantes, para establecer cualquier tipo de vínculo o relación comercial con COOPSERPUCOL.

2.1. Los recursos que permitan realizar transacciones comerciales con COOPSERPUCOL, tienen origen o provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.) _____

2.2. En caso de requerimiento por parte de COOPSERPUCOL o de algún organismo de investigación, vigilancia y control del estado, estoy dispuesto a suministrar los soportes requeridos que evidencian el origen o destino de los recursos.

2.3. Declaro que estos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

2.4. Declaro que NO he admitido ni admitiré que terceros realicen transacciones a mi nombre, provenientes de las actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione y que NO efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas que no estén relacionadas con las mismas.

2.5. Acepto que COOPSERPUCOL se reserve el derecho de verificar la veracidad de la información aquí consignada y el del trámite o aceptación de cualquier transacción por mí (nosotros) planteada. Si llegase a existir cualquier inconsistencia en la información que he (hemos) suministrado, COOPSERPUCOL no estará obligada a concluir la solicitud o transacción ni a manifestar las razones de su negocio. Igualmente me (nos) comprometo (emos) a actualizar cualquier tipo de modificación a la información registrada en el presente formato.

2.6 Examo a COOPSERPUCOL de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere suministrado en este documento o de la violación del mismo. Nota: en caso de requerir mayor detalle favor diligenciar declaración independiente.

Estoy informado de mi obligación de actualizar mi información en los plazos que solicite COOPSERPUCOL por cada producto o servicio que utilice, sin que esta me exonere que dicha actualización sea por lo menos una vez al año. En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo (amos) el presente formato.

NOMBRE _____	FIRMA _____	HUELLA INDICE DERECHO _____
No. DOCUMENTO _____		
FECHA DILIGENCIAMIENTO _____		

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

USUARIO CONSULTÓ _____	CERTIFICO QUE HE REALIZADO LA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE:	CERTIFICO QUE HE REVISADO LA DOCUMENTACIÓN Y QUE EL RESULTADO ES EL SIGUIENTE:
FECHA CONSULTA _____	CORRECTO <input type="checkbox"/> INCORRECTO <input type="checkbox"/>	CEDULA <input type="checkbox"/> Ingresos / Doc. Renta <input type="checkbox"/>
FIGURA EN LISTAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL? _____	FIRMA FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ INFORMACIÓN: _____	FIRMA REVISÓ DOCUMENTACIÓN: _____
FIRMA EFECTUÓ CONSULTAS LISTAS _____		

INFORMACIÓN ENTREVISTA Y/O VISITA

NOMBRE DE QUIÉN REALIZÓ LA VISITA O ENTREVISTA: _____	CARGO _____	FECHA _____
LUGAR ENTREVISTA: _____	FIRMA: _____	OBSERVACIONES: _____

APROBACIÓN VINCULACIÓN

FECHA APROBACIÓN _____	ACTA No. _____	ÓRGANO QUE APROBÓ _____
------------------------	----------------	-------------------------