

**SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA**  
**FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO (CLIENTE)**  
**FORMATO N° 5**

Nombre de la Cooperativa \_\_\_\_\_ Sigla \_\_\_\_\_  
 Oficina \_\_\_\_\_

**A. PERSONAS NATURALES**

1. Nombres \_\_\_\_\_  
 2. Apellidos \_\_\_\_\_  
 3. N° Identificación \_\_\_\_\_ 

CC	TI	CE	Pas
----	----	----	-----

  
 4. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ AAAA/MM/DD  
 5. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 6. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 7. Teléfono (s) \_\_\_\_\_  
 8. Nombre de la empresa donde labora \_\_\_\_\_ 9. Cargo \_\_\_\_\_  
 10. Dirección Trabajo \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 11. Teléfono(s) \_\_\_\_\_ N° de Fax \_\_\_\_\_  
 12. Ocupación, oficio o profesión \_\_\_\_\_  
 13. Administra recursos públicos SI  NO   
 14. Actividad Económica \_\_\_\_\_ 13. CIU \_\_\_\_\_  
**15. INFORMACION FINANCIERA (\$)**  
 Ingresos mensuales derivados de su actividad principal 



  
 Otros ingresos (especificar) 



  
 Egresos mensuales 



  
 Total activos 



  
 Total pasivos

**B. PERSONAS JURIDICAS**

16. Razón Social \_\_\_\_\_  
 17. NIT \_\_\_\_\_  
 18. Cámara de Comercio \_\_\_\_\_  
 19. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 20. Teléfono(s) \_\_\_\_\_ N° de Fax \_\_\_\_\_  
 21. Nombre completo del Representante legal \_\_\_\_\_  
 22. N° Identificación del representante legal \_\_\_\_\_ 

CC	TI	CE	Pas
----	----	----	-----

  
 23. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 24. Teléfono (s) \_\_\_\_\_  
 25. Tipo de empresa privada  pública  mixta   
 26. Actividad Económica \_\_\_\_\_ CIU \_\_\_\_\_  
**27. INFORMACION FINANCIERA (\$)**  
 Ingresos mensuales derivados de su actividad principal 



  
 Otros ingresos (especificar) 



  
 Egresos mensuales 



  
 Total activos 



  
 Total pasivos

**C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

28. Realiza operaciones en moneda extranjera SI  NO  Cuáles \_\_\_\_\_  
 29. Posee cuentas en moneda extranjera SI  NO   
 Banco \_\_\_\_\_ Moneda \_\_\_\_\_  
 N° cuenta \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
 30. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

\_\_\_\_\_  
**FIRMA CLIENTE** HUELLA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.  
 ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.  
 AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.  
 DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA CLIENTE** HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

**D. ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA**

28. OBSERVACIONES:

29. FECHA REALIZACION ENTREVISTA

30. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA

31. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

32. FECHA VERIFICACION INFORMACION

**DOCUMENTOS ANEXOS**

	PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación	X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	X	
Declaración de renta del último período gravable disponible	X	X
Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses		X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT		X
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal		X



FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO (CLIENTE)

Oficina

Carrera 2 con Cll 15 Norte Esquina. Of. 110

Acta N°

A. PERSONAS NATURALES

1. Nombres

2. Apellidos

3. N° Identificación

CC  TI  C  PAS

Fecha de Expedición

AAAA/MM/DD

4. Fecha de nacimiento

AAAA/MM/DD

5. Lugar de nacimiento

Departamento

Municipio

Pais

6. Dirección domicilio

Barrio/

Departamento

Municipio

7. Teléfono Fijo

Celular

8. sexo

M

F

Estado Civil

Estrato

9. Tipó de Vivienda

Arrendo

Familiar

Propia

Otra

Número de personas a cargo

10. Declara Renta

SI

NO

11. Nivel de educación

Tecnologo

Universitario

Especialización

Maestria

Doctorado

12. Email.

BENEFICIARIOS

a. Asociado casado y con hijos:

Podrá registrar a su cónyuge y los hijos que esten a cargo del asociado.

b. Asociado casado sin hijos:

Podrá registrar a su cónyuge.

c. Asociado soltero:

Podrá registrar a sus dos padres.

Apellidos	Nombres	Parentesco	Documento N°	Tipo T.I. CC. Nuip	Fecha de Nacimiento AAAA/MM/DD	Sexo M o F
1						
2						
3						
4						
5						
6						

REFERENCIA PERSONAL

Apellidos	Nombres	Telefonos

INFORMACION LABORAL

14. Nombre de la empresa donde labora

15. Cargo u oficio

16. Ocupación, oficio o profesión

AAAA/MM/DD

17. Fecha de Ingreso

PLANTA

OCAS (TC)

OCAS (MT)

FONDOC

Catedratico

PROF. UNIV

Pensionado

UNI. SALUD

18. Tipo de Contrato

19. Dirección Trabajo

Departamento

Municipio

20. Teléfono(s)

N° de Extensión

21. Administra recursos públicos

SI

NO

22. Actividad Económica

22. CIU

**23. INFORMACION FINANCIERA (\$)**

Ingresos mensuales derivados de su actividad ppal

Otros ingresos (especificar)

Egresos mensuales

Total activos

Total pasivos


**23. INFORMACION BANCARIA**

Entidad Bancaria

Tipo de Cuenta

N° Cuenta

1. \_\_\_\_\_

Ahorros

Corriente

**OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**23. Realiza operaciones en SI moneda extranjera NO 

Cuáles \_\_\_\_\_

29. Posee cuentas en SI moneda extranjera NO 

Banco

Ciudad

Moneda

País

N° cuenta \_\_\_\_\_

30. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

FIRMA CLIENTE

HUELLA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO AL FONDUC PARA QUE LA VERIFIQUE.

ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.

AUTORIZO AL FONDUC PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL Y QUE SON RECURSOS LICITOS.

ACEPTO EL USO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES -HABEAS DATA- LEY 1581 DE 2012, DE CONFORMIDAD CON LA POLITICA DE PROTECCION DE DATOS ESTABLECIDOS EN ESTE FONDO .

FIRMA CLIENTE

HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

AAAA/MM/DD

**D. ESPACIO PARA USO DEL FONDO**

28. OBSERVACIONES:

29. FECHA REALIZACION ENTREVISTA

AAAA/MM/DD

30. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

31. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

32. FECHA VERIFICACION INFORMACION

AAAA/MM/DD

**DOCUMENTOS ANEXOS**

Fotocopia del documento de identificación

PN

X

Ultimo Desprendible de Pago

X

Certificación Bancaria

X

Los administrativos deberán anexar copia de diploma

X