

DATOS PERSONALES	FECHA						AGENCIA					
	NOMBRE/APELLIDOS											
	TIPO DE IDENTIFICACION:			C.C.	TT	NUIP	CE	PAS	N° IDENTIFICACIÓN			
	ESTADO CIVIL		SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	VIUDO	DIVORCIADO	ES MADRE CABEZA DE HOGAR ?			SI	NO
	DIRECCIÓN DE DOMICILIO				CIUDAD		DEPARTAMENTO	TIPO DE VIVIENDA	PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA	
	ESTRATO	No. TELÉFONO		No. CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO						
	NIVEL EDUCATIVO		PRIMARIA	SECUNDARIA	TÉCNICO	TÉCNOLOGIA	UNIVERSIDAD	ESPECIALIZACIÓN				
			MAESTRÍA	DOCTORADO	TÍTULO OBTENIDO							
	ESTUDIANTE	ASALARIADO	PENSIONADO	RENTISTA DE CAPITAL	AMA DE CASA	TRANSPORTADOR						
	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	PRODUCTOR	COMERCIANTE	OTRO CUAL?			ACTIVIDAD ECONOMICA (CIU)					
(Si su condición es transportador, Profesional Independiente, Productor y/o Comerciante, favor especificar la actividad)												
INFORMACIÓN ASOCIADO	NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA					DIRECCIÓN			TELÉFONO			
	CIUDAD		DEPARTAMENTO		FECHA DE INGRESO		TIPO DE CONTRATO		FIJO	INDEFINIDO	OTRO CUAL ?	
	INGRESOS MENSUALES					GASTOS MENSUALES						
	SALARIO/PENSIÓN/COMISIÓN/HONORARIOS					GASTOS PERSONALES						
	ARRENDAMIENTOS					CUOTAS CRÉDITOS						
	UTILIDADES DEL NEGOCIO					OTROS GASTOS						
	TOTAL INGRESOS					TOTAL GASTOS						
	DESCRIPCIÓN ACTIVOS BIENES INMUEBLES					DESCRIPCIÓN ACTIVOS VEHÍCULOS						
	TIPO (APTO/CASA)	CIUDAD	DIRECCIÓN	VALOR COMERCIAL	TIPO VEHICULO	(PAR/PÚB)	MARCA	MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL		
	TOTAL ACTIVOS					TOTAL PASIVOS						

PEP (PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA) En cumplimiento al Decreto 1674 de 2016	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		SI	NO	DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO FUNCIONES PUBLICAS		SI	NO	NOMBRE DE LA ENTIDAD			
	CARGO				FECHA DE INICIACIÓN	D	M	A	FECHA DE FINALIZACIÓN	D	M	A
	Tiene familia que labora en el sector publico o administra recursos públicos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
	Tiene familiares vinculados a nuestra cooperativa ? por favor indíquelos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
	Favor diligenciar las siguiente información, SÓLO SI TIENE ALGÚN(OS) FAMILIAR(ES) ASOCIADO(S) A LA COOPERATIVA QUE SE CONSIDERE(N) COMO PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTA) PEPS.											
	FAMILIARES PEPS VINCULADOS A LA COOPERATIVA											
	NOMBRES				CEDULA			TELÉFONO		PARENTESCO		
	*Vinculo/Relacion Hasta:											
1. Segundo grado de consanguinidad (Padres, Abuelos, Hermanos, Hijos, Nietos)						1. Primero civil (Hijos adoptivos o padres adoptantes)						
2. Segundo de afinidad (yernos, nueros, suegros, cuñados, abuelos del cónyugue)						4. Cónyugue)						

OPERACIONES MONEDA EXTRANJERA	DECLARO QUE REALIZO OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	SI	NO	POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA	SI	NO	BANCO	CUAL MONEDA?
	PAIS	CIUDAD		No. DE CUENTA				

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL

CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO: Autorizo de manera expresa e irrevocable a CREDIFUTURO 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.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo voluntariamente a CREDIFUTURO para enviar y/o confirmar a través de cualquier medio de comunicación información de obligaciones crediticias, cambios en los servicios, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios internos y campañas comerciales realizadas por la cooperativa. La comunicación puede enviarse al teléfono, celular y/o correo electrónico reportado en la presente solicitud de vinculación.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIFICADA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE. ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.

AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO.

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVAD ECONÓMICA PRINCIPAL

	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center; margin: 0;">HUELLA</p>	ESPACIO RESERVADO PARA CREDIFUTURO	
		Fecha de recepción D M A	Fecha actualización en el sistema
FIRMA ASOCIADO		Nombre y firma del funcionario que realiza la actualización en el sistema	Firma
C.C. _____ DE _____		Nombre: _____	