

FECHA DILIGENCIAMIENTO Día Mes Año AFILIACIÓN ACTUALIZACIÓN
1. INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP No. _____			
FECHA DE EXPEDICIÓN: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		LUGAR DE NACIMIENTO: _____	
ESTADO CIVIL: _____		PERSONAS A CARGO: _____ No. DE HIJOS: _____	
NIVEL DE ESTUDIOS: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TÉCNICOLOGO <input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO CUÁL? _____			
PROFESIÓN: _____ HA REALIZADO CURSOS DE COOPERATIVISMO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ ESTRATO: _____ TEL: _____			
CELULAR: _____		CIUDAD: _____ DEPTO.: _____ E-MAIL: _____	

2. INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/> OTRO _____			
NOMBRE DE LA EMPRESA PARA LA CUAL TRABAJA: _____			
FECHA DE INGRESO: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año		TIPO DE CONTRATO: _____	
CARGO: _____		DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____	
DEPTO: _____		TELÉFONO: _____ MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Es usted una Persona públicamente expuesta (Funcionarios públicos de alta jerarquía)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA: Domicilio: <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Otra: _____			

3. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

INFORMACIÓN FINANCIERA AL: <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año			
Ingresos Mensuales	Sueldo o Pensión \$ _____	Activos	Inmuebles \$ _____
	Honorarios \$ _____		Vehículos \$ _____
	Otros \$ _____		Otros \$ _____
Egresos Mensuales	\$ _____	PASIVOS (Deudas)	\$ _____
Detalle de otros ingresos: _____			
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>			
V/R. COMERCIAL \$ _____ HIPOTECA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A FAVOR DE _____			
POSEE VEHÍCULO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCA: _____ MODELO: _____ PLACA: _____ TIPO: _____			
PRENDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A FAVOR DE: _____ V/R COMERCIAL \$ _____			

GRUPO FAMILIAR PRINCIPAL

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% BENEFICIARIO

CONTACTOS

NOMBRES COMPLETOS	TEL. FIJO y/o CELULAR	DIRECCIÓN	CIUDAD	RELACIÓN ¹

¹Comercial; Familiar; Personal

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa de Crédito Corvinde para consultar, procesar, reportar, suministrar, ratificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como asociado, a la Central de Información Financiera CIFIN o cualquier otra central de información autorizada por la ley. Autorizo de manera expresa e irrevocable, para verificar la información contenida en el presente documento y las solicitudes de crédito que presente a CORVINDE. Así mismo declaro que la información contenida en este documento no podrá ser utilizada por terceros en calidad de publicidad o cualquier clase de actividad comercial diferente a las contratadas por servicios con CORVINDE.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro Expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS POR NÓMINA

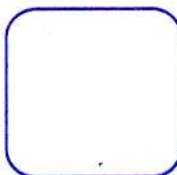
Autorizo al pagador de la Entidad en la que presto mis servicios y/o soy pensionado, para que se descuente el _____ % (Mínimo el 5% y Máximo el 10%), sobre mi sueldo para aportes sociales con destino a Corvinde.

COMPROMISO ASOCIADO INDEPENDIENTE

Me comprometo con la Cooperativa de credito CORVINDE a efectuar un aporte mensual por la suma de \$ _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE:
C.C.



Huella Índice
Derecho

FIRMA DEL PAGADOR

PARA USO EXCLUSIVO DE CORVINDE		DATOS DEL PRESENTADOR
APROBACIÓN	<p>_____ Fecha Aprobación de Ingreso</p> <p>_____ Funcionario que confirma Información</p> <p>_____ Registrado en Acta No.</p> <p>_____ Fecha Aplicado en Sistemas</p>	<p>_____ Presentador</p> <p>_____ Empresa</p> <p>_____ Firma</p>
<p>DOCUMENTOS ANEXOS: Fotocopia Ampliada Cédula <input type="checkbox"/> Certificación Laboral <input type="checkbox"/> Desprendible de Pago <input type="checkbox"/></p>		