

Fecha diligenciamiento Día Mes Año Afiliación primera vez Reingreso Actualización de datos
1. Información personal

Nombres y Apellidos: _____		Tipo de Identificación:	
Número de Identificación: _____		R.C. C.C. T.I. C.E. PAS PPT	
Fecha de nacimiento: / Día / Mes / Año /		Fecha expedición: / Día / Mes / Año /	
Fecha de nacimiento: / Día / Mes / Año /		Nacionalidad (para CE Ó PAS): _____	
Estado civil: _____		Personas a Cargo: Número de hijos:	
Nivel de Educación: Primaria Secundaria Técnico ó Tecnólogo Universitario (pregrado) Postgrado (especialización, maestría, doctorado)			
Profesión: _____		Curso de Cooperativismo: SI NO	

Datos de la vivienda	
Propia Familiar Tiene hipoteca? SI NO Nombre del propietario: _____ Parentesco con el propietario: _____ Celular del propietario: _____	Arrendada Nombre del arrendador: _____ Celular del arrendador: _____

 Dir. Vivienda: _____ Torre Bloque Interior Apto Casa
 Barrio: _____ Estrato: Depto: _____ Ciudad: _____
 Celular: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

2. Actividad económica

 Fuente Principal de Ingresos (Nombre de la Empresa): _____
 Dirección Empresa: _____ Depto: _____
 Ciudad: _____ Celular: _____ Mail: _____
 Empleado: Pensionado: Profesional Independiente: Negocio Propio:
 Fecha de Inicio: Día Mes Año Cargo o Descripción de la Actividad: _____ CIU _____
 Maneja Recursos Públicos?: Si No Es usted una persona públicamente expuesta?: Si No
3. Información financiera del asociado (en pesos colombianos)

ACTIVO Saldo en efectivo (ahorros, inversiones) _____ Valores por cobrar (letras, cheques) _____ Vehículos (motos, autos, camionetas) _____ Muebles y Equipos (muebles, pc, celular) _____ Inmuebles (casas, aptos, fincas, lotes) _____ TOTAL ACTIVO _____	PASIVO Créditos Hipotecario _____ Créditos consumo _____ Tarjetas de crédito _____ Crédito prestamistas _____ Otros Créditos _____ TOTAL PASIVO _____
---	---

↑ INGRESOS MENSUALES \$ _____ Realiza operación en moneda extranjera? SI NO Si su respuesta es SÍ, ¿cuáles operaciones realiza? (Ejemplo: compra / venta de divisas, transferencias, inversiones, pagos, etc) _____	↓ GASTOS MENSUALES (manutención) \$ _____ Posee cuenta en moneda extranjera? SI NO
--	--

DATOS DE SU CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA				
Banco	Número de cuenta	Moneda	País	Ciudad

4. Grupo familiar principal

TIPO DOC.	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS	Fecha Nacimiento	No. CELULAR	PARENTESCO	% BENEFICIARIO
			DD MM AAAA			
			DD MM AAAA			
			DD MM AAAA			
			DD MM AAAA			
			DD MM AAAA			

5. Contactos

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

6. Responsable de realizar el aporte social

¹ Comercial; Familiar; Personal

Diligenciar únicamente cuando la solicitud de afiliación corresponde a un dependiente económico (hijo(a) u otra persona del hogar sin ingresos propios), a cargo de un asociado con capacidad de pago que asumirá el aporte.

Nombre completo:	Número de Identificación
Parentesco con el dependiente:	Fuente de los ingresos del pagador:

7. Declaraciones, autorizaciones y consentimientos del solicitante

Al vincularme a CORVINDE, acepto cumplir los principios de la Economía Solidaria, el Estatuto, los reglamentos y las decisiones de los órganos competentes de la Cooperativa; realizar los aportes sociales establecidos, participar en los programas de educación solidaria y mantener actualizada mi información personal conforme a las políticas institucionales vigentes.

* DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en mi propio nombre y de manera voluntaria, con el propósito de dar cumplimiento a la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia de la Economía Solidaria y demás normas sobre control de lavado de activos, declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio es lícita, y los recursos y bienes que entrego provienen de ingresos laborales, inversiones u otras fuentes que gozan de características de legalidad; en ningún caso provienen de actividades ilícitas propias o de terceros, ni he prestado mi nombre para que terceros efectúen inversiones con recursos de origen ilícito.
2. La información aquí suministrada es veraz y verificable, y autorizo su verificación ante cualquier persona pública o privada.
3. Los recursos que se deriven de esta relación no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas ni actividades ilícitas.
4. Declaro que los recursos y bienes que poseo, así como aquellos que se deriven de mi relación con CORVINDE, provienen de actividades lícitas y son consistentes con mi actividad económica y con la información financiera reportada en el presente formulario.

En caso de infracción, o de información errónea, falsa o inexacta, autorizo a CORVINDE a cancelar cualquier contrato o producto que mantenga conmigo, eximiéndola de toda responsabilidad derivada de dichos hechos, y acepto el retiro como asociado(a) de la Entidad. Declaro haber sido informado de mi obligación de actualizar esta información al menos una vez al año.

* AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a CORVINDE, o a quien represente sus derechos, para consultar, procesar, reportar, solicitar, ratificar, actualizar y divulgar en cualquier momento mi información financiera y crediticia ante la Central de Información Financiera (CIFIN) que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o ante cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, respecto de obligaciones contraídas con anterioridad o que llegue a contraer con la Cooperativa. Declaro que la información contenida en este documento no podrá ser utilizada por terceros con fines de publicidad o cualquier actividad comercial distinta a los servicios contratados con CORVINDE.

* TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013)

- a) Autorizo de forma previa, expresa e informada la recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o supresión de mis datos personales, privados, semiprivados y sensibles —incluyendo los de mi cónyuge o compañero(a) permanente e hijos menores de edad— para que CORVINDE desarrolle su objeto social y mantenga, desarrolle y controle la presente relación contractual.
- b) Autorizo el tratamiento de mis datos biométricos y de mi imagen, para que las fotografías o videos tomados dentro o fuera de la Cooperativa (actividades internas, cumpleaños, cursos, capacitaciones o excursiones) puedan usarse en publicaciones institucionales dirigidas a mantener informados a los asociados.
- c) Autorizo la transferencia de mis datos a terceras entidades cuya finalidad sea la prestación de servicios o venta de productos contratados por CORVINDE para sus asociados y/o empleados, sin que esto implique obligación de autorizar el tratamiento de mis datos sensibles.
- d) Declaro haber sido informado de los derechos que me asisten como Titular para conocer, actualizar, rectificar, suprimir o revocar la información recolectada, y que el área de Crédito y Cartera es la encargada de tramitar dichos reclamos según el manual interno de políticas de tratamiento de datos personales disponible en www.corvinde.com.co.
- e) Puedo ejercer estos derechos mediante escrito dirigido a CORVINDE a los correos servicioalcliente@corvinde.com.co o informacion@corvinde.co, indicando en el asunto el derecho que deseo ejercer, o mediante correo físico a la Calle 39B # 19-10, Bogotá D.C.

* AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA MENSUAL (si aplica)

Autorizo al pagador de _____, entidad en la que presto mis servicios y/o de la cual soy pensionado, para que se descuente el _____ % (mínimo 5% y máximo 10%) sobre mi sueldo o mesada mensual, con destino al pago de mis aportes sociales a CORVINDE.

* COMPROMISO DEL ASOCIADO INDEPENDIENTE (si aplica)

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

HUELLA INDICE DERECHO

Firma Solicitante

Identificación: _____

Nombre: _____

Firma Pagador (Libranza)

Identificación: _____

Nombre: _____

Para uso exclusivo de corvinde

FECHA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA:

Día

Mes

Año

HORA:

LUGAR:

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ ENTREVISTA: _____

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE VERIFICA LA INFORMACIÓN: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL OFICIAL DE CUMPLIMIENTO: _____

FECHA DE VERIFICACIÓN INFORMACIÓN:

MM / DD / AA

APROBACIÓN:

PRESENTADO POR:

ACTA No. : _____

DOCUMENTOS ANEXOS: Fotocopia ampliada Cédula ☐

Certificación Laboral ☐

Desprendible de Pago ☐