



AFILIACIÓN PERSONA NATURAL ☐

ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐

CODIGO

OFICINA DE ATENCIÓN

1. INFORMACIÓN PERSONAL

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	TIPO	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD Y DEPARTAMENTO
		D M A		D M A	
1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO	1ER. NOMBRE	2DO. NOMBRE	SEXO ☐ F ☐ M	
DIRECCIÓN	BARRIO	LOCALIDAD	CIUDAD / DEPARTAMENTO		
CELULAR	TELÉFONO FIJO	E-MAIL			
OCUPACIÓN		ACTIVIDAD O CIUU			

2. INGRESOS

CONCEPTO	VALOR
SUELDO BÁSICO MENSUAL	
MESADA PENSIONAL	
OTROS INGRESOS MENSUALES . ¿CUALES?	
INGRESOS CONYUGUE	
OTROS INGRESOS MENSUALES CONYUGUE. ¿CUALES?	
TOTAL INGRESOS	
ACTIVOS	VALOR
VEHÍCULOS	\$
INMUEBLES	\$
TOTAL ACTIVOS	

3. EGRESOS Ó GASTOS MENSUALES

CONCEPTO	VALOR
GASTOS DE SOSTENIMIENTO	
ARRIENDOS	
OTROS GASTOS	
CRÉDITOS / CUOTA MENSUAL	
TOTAL EGRESOS	
PASIVOS	VALOR
OBLIGACIONES FINANCIERAS	
CUENTAS POR PAGAR	
TOTAL PASIVOS	

4. INFORMACIÓN ACADÉMICA

NOMBRE DEL COLEGIO Ó INSTITUCIÓN	CURSO	CIUDAD
----------------------------------	-------	--------

5. INFORMACIÓN FAMILIAR

NOMBRE DEL PADRE	VIVE CON EL	TUTOR
	☐	☐
NOMBRE DE LA MADRE		☐
	☐	
NOMBRE DE HERMANOS		
OTROS		☐

6. REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRES Y APELLIDOS		DIRECCIÓN		
BARRIO	LOCALIDAD	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELEFONO FIJO O CELULAR

7. INFORMACIÓN FINANCIERA

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐	¿CUALES?
¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☐	BANCO
No. DE CUENTA	CIUDAD/PAIS

8. ACTIVIDADES QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE

--

9. CONSULTAS Y REPORTES: Autorizo a Alcalicoop para que reporte, conserve, consulte ó actualice cualquier información de mi comportamiento financiero y comercial como asociado, así como los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me otorgue a la central de riesgos correspondiente y a entidades financieras de Colombia o a quien haga sus veces y a los bancos de datos de entidades públicas y privadas.

10. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Obrando en nombre propio (asociado ó tutor) y de manera voluntaria, dando fé de la legitimidad de la fuente de donde provienen los fondos que entrego a la Cooperativa de Ahorro y crédito, Alcalicoop, y con el proposito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas legales vigentes, declaro que:

10.1 Certifico que la información suministrada es verdadera y autorizó a la Cooperativa para que la verifique.

10.2 Los recursos que entregó en deposito proceden de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividades, negocios, asesorías, etc.)

10.3 Declaro que los recursos que entregué no vienen, no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el código penal colombiano, o en cualquier forma que no modifiqué o adicioné, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas y manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con dichos recursos, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

10.4 Autorizo a Alcalicoop saldar cuenta y depósitos que mantenga en esta entidad y tomar las medidas correspondientes en el caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario e igualmente me obligo para con la cooperativa a reportar por lo menos una vez al año la información que solicite la cooperativa por cada producto o servicio que utilice.

11. Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía No. _____ de _____ en mi calidad de tutor(a) de _____ identificado(a) con la TI ☐ RC ☐ No. _____ autorizo el cobro mensual de la cuota por concepto de aportes por la suma de \$ _____. Entiendo que el pago de la cuota estatutaria es mensual obligatoria y aumenta anualmente de acuerdo con el estatuto de la Cooperativa.

12. ACEPTACION DE LA REGLAMENTACION: Conozco que la aceptación de mi asociación esta sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en el estatuto vigente, como en general toda la reglamentación de la cooperativa y las existentes coherentes en el acuerdo cooperativo. En caso de ser vinculado a una empresa con convenio de descuentos por nomina, autorizo que se me descuenten todas las obligaciones contraídas con la cooperativa. Si soy asociado independiente o convengo pago por caja, declaro que conozco y acepto que la fecha para la cancelación e las cuotas de mis compromisos adquiridos con la cooperativa (créditos, aportes, ahorros, convenios, etc.), corresponderá a la fecha que elegí (10 ó 20 de cada mes). En constancia firmó y manifiesto que toda la información es veraz.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

FIRMA ASOCIADO Y C.C.

HUELLA INDICE DERECHO

FIRMA TUTOR, CURADOR Ó APODERADO

HUELLA INDICE DERECHO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA

PROMOTOR: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

REVISADO POR: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

INGRESADO Y VERIFICADO POR: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____

ENTREVISTA: _____

TELEFÓNICA ☐ PERSONAL ☐ VISITA ☐

APROBADO POR CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN EN ACTA _____ EL DÍA _____ DEL MES _____ AÑO _____

OBSERVACIONES _____