

Diligencie el formulario y entréguelo en cualquier oficina de Alcalicoop

Favor diligenciar este formato en letra imprenta, sin tachones, borrones, enmendaduras y en tinta negra.

Asociado: Adulto Alcahorrito

DATOS BÁSICOS

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)	
Identificación NUIP <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASP <input type="checkbox"/>			Número		Lugar y fecha de expedición
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Vive en casa: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/>		Estrato: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Número de teléfono celular		Número de teléfono fijo		Correo electrónico	
Autorizo envío de mensajes de texto a mi celular Sí <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>		Autorizo envío de mensajes a mi whatsapp Sí <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>		Autorizo envío de mensajes a mi correo electrónico Sí <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>	
Dirección residencia actual		Barrio	Ciudad y Departamento		Número Teléfono
Dirección de trabajo		Barrio	Ciudad y Departamento		NúmeroTeléfono - Ext.
Dirección familiar cercano		Barrio	Ciudad y Departamento		NúmeroTeléfono
Envío de correspondencia Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Familiar cercano <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/>				Autorizo dejar correspondencia bajo la puerta Sí <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>	

INGRESOS MENSUALES (Pesos colombianos)		EGRESOS MENSUALES (Pesos colombianos)		ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL	
Sueldo \$ _____		Arriendo \$ _____		*Empleado <input type="checkbox"/> *Pensionado <input type="checkbox"/> *Negocio <input type="checkbox"/> *Independiente <input type="checkbox"/>	
Honorarios \$ _____		Gastos \$ _____		*Microempresa <input type="checkbox"/> *Hogar <input type="checkbox"/> *Dependiente <input type="checkbox"/>	
Comisiones \$ _____		Familiares \$ _____		Funcionario Público <input type="checkbox"/> Administrador de recursos públicos <input type="checkbox"/>	
Otros Ingresos \$ _____ ¿Cuáles?		Préstamos \$ _____		Nombre de la empresa o establecimiento comercial	
Total Ingreso \$ _____		Total Egresos \$ _____		Actividad de la empresa	
				Fecha de ingreso o constitución	
				Tipo de empresa	
				Estado <input type="checkbox"/> Ltda. o en Comandita <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

PATRIMONIO BIENES INMUEBLES (Casa, apartamento, lote, finca, otros)

Tipo Inmueble	Dirección	Valor comercial \$	Valor pendiente de pago \$

VEHÍCULO (Clase: Ej. Moto, Auto, Campero, Camioneta)(Marca: Ej. Mazda 323 MK, Renault, etc.) (Modelo: Año)

Vehículo (Clase)	Valor Comercial \$	Marca/Modelo	Valor pendiente de pago \$	Reserva de dominio

NIVEL ACADÉMICO

OTROS BIENES

Primaria <input type="checkbox"/>	Bachillerato <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Descripción	Saldo Crédito	Valor Comercial	Pignorado
Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	Especialización <input type="checkbox"/>				
Mágister <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>					

Yo _____ con documento de identidad _____, certifico que la información que acabo de suministrar de manera voluntaria, así mismo la declaración de origen de fondos es verídica y autorizo a la Cooperativa Alcalicoop a validarla en el momento que lo requiera con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones de la Circular Básica Jurídica de 2015 expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, El Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes. Certifico que la información suministrada en este formulario es veraz, por lo anterior, firmo el presente documento a los días _____ del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente en la Cooperativa la información, por cada producto o servicio que utilice

Autorizo a la Cooperativa Alcalicoop, en cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Protección de Datos Personales, para que exclusivamente con fines estadísticos, de control y supervisión y de información comercial, consulte y reporte a las entidades que manejan bases de datos con los mismos fines, el surgimiento, modificación, incumplimiento y extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o posterioridad a esta declaración.

FIRMA Y CÉDULA DEL ASOCIADO

HUELLA

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE ALCALICOOP

Validación de la información		Verificación de la Información	
Observaciones		Observaciones	
Nombre y firma del funcionario que recibe y revisa la información		Nombre y firma del funcionario que recibe y revisa la información	
Fecha	Hora	Fecha	Hora