

Superintendencia de la Economía Solidaria
**FORMULARIO DE VINCULACIÓN
DEL ASOCIADO**

Asesor:

COOPERATIVA INTEGRAL DE LA FAMILIA CRISTIANA BETHEL
Av. 9E N. 5N-10 Pinos



Fecha:	DD	MM	AA	Clásico	Empresarial	Día a día	Junior
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Personas naturales.

Nombres:				Apellidos:				
Número de Identificación:			C.C.	T.I.	C.E.	Pas.	Fecha de Nacimiento: DD MM AA	
Lugar de Nacimiento:		Municipio:		Departamento:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección de Domicilio:				Dpto:		Municipio:		
Teléfonos:		Correo:			Estado civil:			
Nombre de la empresa donde labora:				Cargo:		Teléfono:		
Dirección de trabajo:				Dpto:		Municipio:		
Ocupación, oficio o profesión:				Administra recursos públicos:		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Actividad económica:		CIU:			Correo:			
INFORMACIÓN FINANCIERA (\$):				Ingresos mensuales derivados de su actividad principal			\$	
				Otros ingresos (especificar) _____			\$	
				Egresos mensuales			\$	
				Total activos			\$	
				Total pasivos			\$	
Correo:								

B. Personas jurídicas

Razón social:				NIT:				Cámara de Comercio:			
Dirección de domicilio:				Dpto:				Municipio:			
Teléfono:		Tipo de empresa: PRIVADA <input type="checkbox"/> PÚBLICA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/>		Actividad económica:		CIU:					
Nombre completo del representante legal:				Número de Identificación:				C.C.	T.I.	C.E.	Pas.
Dirección de trabajo:				Dpto:				Municipio:			
INFORMACIÓN FINANCIERA (\$):				Ingresos mensuales derivados de su actividad principal				\$			
				Otros ingresos (especificar) _____				\$			
				Egresos mensuales				\$			
				Total activos				\$			
				Total pasivos				\$			
Correo:											

C. Referencias

1. Ref. Familiar.	Nombres y apellidos:	Vínculo:	Telf./Cel:
2. Ref. Personal.	Nombres y apellidos:	Ocupación:	Telf./Cel:
3. Ref. Comercial.	Nombres y apellidos:	Cargo:	Telf./Cel:

D. Información familiar

Nombres y apellidos:	Parentesco:	Fecha de nacimiento:	Telf./Cel:

En caso de fallecimiento, favor devolver mis aportes a:

D. Operaciones en moneda extranjera

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?:	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuáles:
¿Posee cuentas en moneda extranjera?:	SÍ	<input type="checkbox"/>	Nº de Cuenta:		Banco:
	NO	<input type="checkbox"/>			Ciudad:
30. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera.					
Firma del cliente					Huella
<p>Certifico que la información suministrada es verídica 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 actividad económica principal.</p> <p>Fecha de diligencia:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> DD MM AA </div>					
Firma del cliente					Huella

E. Para uso de la cooperativa

OBSERVACIONES:					
Fecha de la entrevista:	DD	MM	AA	Nombre y firma del funcionario que realiza la entrevista:	
Fecha de verificación de la información:	DD	MM	AA	Nombre y firma del funcionario responsable de verificación de la información:	