

COOPERATIVA AVP
SOLICITUD DE VINCULACION PERSONA NATURAL

Señores

**CONSEJO DE ADMINISTRACION
COOPERATIVA AVP**

Tipo de vinculación

Asociado
Tercero

F-5

Ciudad

Atentamente solicito a Ustedes la aprobación de mi ingreso como asociado a la COOPERATIVA AVP, por el conocimiento que tengo de sus objetivos, normas y estatutos que la rigen, me declaro conforme con ellos y me comprometo a trabajar por el desarrollo y mayor prosperidad de la institución.

Nombres		Apellidos			
Tipo Identificación	CC () CE () TI () RC () PAS () NUIP ()	No. identificación	Fecha Expedición		DD MM AAAA
Ciudad expedición	Dep. Expedición				
País Nacimiento	Dep. Nacimiento	M/pio Nacimiento			
Fecha de Nacimiento	DD MM AAAA	Sexo	M F	Estado Civil	
Nombre Conyuge	CC	Ocupación	Estrato		
Dirección Residencia	Urbana () Rural ()	Municipio			
Barrio, vereda, localidad	Departamento	Nacionalidad			
Dir. Correspondencia	Urbana () Rural ()	Municipio			
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Otro Teléfono			
e_mail	Nivel Estudios				
Ocupación	Nombre Empresa	Fecha ingreso	DD MM AAAA		
Nit Empresa	Cód CIU	Departamento	Ciudad		
Dirección Empresa	Urbana () Rural ()	Teléfono Empresa			
Cargo	Tipo Contrato	Carro Propio	Si No	No.Hijosa cargo	
Ocupación, Oficio o Profesión	No.Personas a Cargo		Cabeza de Familia	Si No	
Clase de Vivienda	Propia Arrendada Familiar	Valor	\$		
Tiempo de residencia	(meses)	Nombre Propietario de la Vivienda	Teléfono		
Familiar miembro de Administración	Si No	Familiar de Miembro de Control?	Si No	Nombre	
Como conocio a la CooperativaAVP?	Asociado de Otra O.S.		Si () No ()	Cuál?	

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP (diligenciar Anexo Afiliación PEPs)

Por su cargo maneja recursos públicos?	Si No	¿Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder publico?	Si No	Cargo	
Entidad	Fecha Vinculación				
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?	Si No	¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	Si No		
Actividad Económica	Código CIU				

INFORMACION FINANCIERA

Ingresos Mensuales Derivados de su Actividad Principal	\$	Concepto Otros Ingresos
Otros Ingresos (especificar)	\$	
Egresos Mensuales	\$	
Total Activos	\$	
Total Pasivos	\$	
Referencia Familiar	Aporte Mensual	
Dirección	Ciudad	\$
Teléfono	Parentesco	
Referencia Personal	Dirección	Telefono
Nombre Beneficiario Aportes Sociales	Identificación	
Fecha Nacimiento	Parentesco	Dirección
Autorizo a la Cooperativa AVP para que envíe mensajes de texto		SI () NO ()
Autorizo a la Cooperativa AVP para que envíe correos electrónicos		SI () NO ()

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operaciones en moneda extranjera?	Si () No ()	Importaciones	Exportaciones	Inversiones
		Transferencias	Otras	
Posee Cuentas en moneda extranjera?	Si () No ()	Tipo de Producto: _____	Id. Producto: _____	No. Producto: _____
		Entidad: _____	Ciudad: _____	País: _____
Monto: _____		Moneda: _____		
Declaro que No realizo operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/>				
Firma Asociado		Huella		

Autorizo a la Cooperativa AVP o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de riesgo que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignarán de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones.

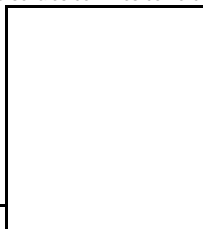
Autorizo a la Cooperativa AVP o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor la realización de la consulta de mi documento de identidad en las listas públicas que considere pertinentes para mi plena identificación y tareas de prevención y control de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Prevención de Financiación a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.

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 por cada producto o servicio que utilice.

Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal, la cual es lícita.

Autorizo a la Cooperativa AVP, para la recolección y tratamiento de mis datos personales con fines comerciales y financieros en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013.



Firma Asociado

Fecha diligenciamiento

DD MM AAAA

Huella

Sello de Verificación

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

Observaciones

Fecha Relización Entrevista

DD	MM	AAAA
----	----	------

Nombre y firma funcionario que realizò la Entrevista

Nombre y firma funcionario responsable de verificaciòn de informaciòn

Fecha verificaciòn informaciòn

DD	MM	AAAA
----	----	------

RESULTADO DE LA SOLICITUD

APROBADA APLAZADA RECHAZADA ACTA CONSEJO DE ADMINISTRACION No. _____ Fecha

DD	MM	AAAA
----	----	------

DOCUMENTOS ANEXOS

	PN	
Fotocopia del documento de identificaciòn	X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificaciòn de ingresos y retenciones)	X	
Declaraciòn de renta del ùltimo periodo gravable disponible	X	

Señores
COOPERATIVA AVP
Ciudad

Apreciados Señores:

De conformidad con las normas establecidas por las autoridades para los clientes de las Entidades Financieras, aplicable a los asociados de la Cooperativa amablemente me permito declarar lo siguiente:

El origen de los dineros que deposito en mi cuenta y demás operaciones que tramito a través de la Cooperativa, proceden del giro ordinario de actividades lícitas.

Me obligo a no prestar mi cuenta y a no permitir que terceros desconocidos por mi, efectúen depósitos o transferencias desde mi cuenta a terceros desconocidos.

Declaro que mi ocupaciòn económica no es ni se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas y que el origen de mis recursos proviene del desarrollo de la(s) siguiente(s) actividad(es):

Autorizo a la Cooperativa AVP, para acelerar el cobro de cualquier obligaciòn pendiente y para dar por terminado unilateralmente cualquier contrato, negocio o relaciòn que tenga con la Cooperativa en caso de inexactitud o incumplimiento de lo aquí indicado o de cualquier clausula del(os) contrato(s) suscrito con la entidad o sus agencias.

Firma _____

Identificaciòn _____