

Señores CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN - COOPERATIVA AVP.

Atentamente solicito a ustedes la aprobación de mi ingreso 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 DOC. CC CE PAS		No. DOCUMENTO	
CIUDAD EXPEDICIÓN		DEPARTAMENTO EXPEDICIÓN		FECHA EXPEDICIÓN DD MM AAAA		NACIONALIDAD	
PAÍS DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO		CIUDAD O MUNICIPIO DE NACIMIENTO			
FECHA NACIMIENTO DD MM AAAA		SEXO F M		ESTADO CIVIL		DIRECCIÓN RESIDENCIA Urbana ( ) Rural ( )	
CIUDAD/MUNICIPIO RESIDENCIA		DEPARTAMENTO RESIDENCIA		TELÉFONO FIJO		CELULAR	
CORREO ELECTRÓNICO		NIVEL DE ESTUDIOS		PROFESIÓN			
PERTENECE A ALGÚN GRUPO ÉTNICO?		Indígena		Afrocolombiano		Raizal	
				ROM (Gitano)		Palenquero	
						Ninguno	
TIPO DE VIVIENDA Propia Arrendada Familiar Leasing		NOMBRE PROPIETARIO		TELÉFONO PROPIETARIO		ANTIGÜEDAD meses	
ESTRATO CABEZA DE FAMILIA? SI NO		NO. PERSONAS A CARGO		CÓMO CONOCIÓ A LA COOPERATIVA AVP?		Dirección Correspondencia Residencia Laboral	
ACTIVIDAD ECONÓMICA		CÓDIGO CIU		ASOCIADO DE OTRA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA? SI NO		CUÁL?	
TIENE PARENTEZCO CON:		Empleados de la entidad		Miembros de Administración		Miembros de Control	
				PEP		NOMBRE FAMILIAR	
OCUPACIÓN		INFORMACIÓN LABORAL - Diligenciar si la Ocupación es Empleado					
Empleado		EMPRESA		NIT EMPRESA		CIU EMPRESA	
Independiente							
Pensionado		NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DE LA EMPRESA DONDE LABORA		No. IDENTIFICACIÓN REP. LEGAL O APODERADO EMPRESA			
Estudiante							
Hogar		CARGO		FECHA INGRESO DD MM AAAA		TIPO CONTRATO	
Cesante						JORNADA LABORAL Tiempo Parcial ( ) Tiempo Completo ( )	
Desempleado		DIRECCIÓN EMPRESA		CIUDAD		TELÉFONO FIJO	
Dependiente						CELULAR	
PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP (Diligenciar Anexo Afiliación PEPs si alguna de las respuestas es SI)							
Por su cargo maneja recursos públicos?		SI NO		NOMBRE		ENTIDAD	
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?		SI NO					
Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?		SI NO		CARGO		FECHA VINCULACIÓN DD MM AAAA	
Existe algún vínculo entre ud y una PEP?		SI NO				F. DESVINCULACIÓN DD MM AAAA	
DATOS DEL CONYUGUE - Si Aplica							
NOMBRES CONYUGUE		APELLIDOS CONYUGUE		TIPO DOCUM CC CE PAS		No. DOCUMENTO	
CIUDAD EXPEDICIÓN		DEPARTAMENTO EXPEDICIÓN		FECHA EXPEDICIÓN DD MM AAAA		NACIONALIDAD	
CIUDAD/MUNICIPIO DE NACIMIENTO		FECHA NACIMIENTO DD MM AAAA		SEXO F M		OCUPACIÓN	
CORREO ELECTRÓNICO		EMPRESA DONDE LABORA		TELÉFONO FIJO		CELULAR	
DIRECCIÓN		CIUDAD		CARGO		ANTIGÜEDAD	
						TIPO DE CONTRATO	
DATOS DE HIJOS - Si Aplica							
NÚMERO DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS				CUÁNTOS DE ELLOS ESTÁN AFILIADOS A LA COOPERATIVA AVP?			
NÚMERO DE HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS				CUÁNTOS DE ELLOS ESTÁN AFILIADOS A LA COOPERATIVA AVP?			
BENEFICIARIOS							Aporte mensual: \$
PARENTESCO		IDENTIFICACIÓN		NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO DD MM AAAA	
						DIRECCIÓN	
						TELÉFONO	
						%	
INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA							
Ingresos mensuales de su actividad principal				Total Activos		DECLARA RENTA? SI NO	
Otros ingresos. Especificar				Total Pasivos		Último periodo declarado	
Egresos Mensuales				Patrimonio			
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA							
Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO		Importaciones Exportaciones		Inversiones Transferencias		Otros Declaro que NO realice operaciones en Moneda Extranjera	
Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO		Tipo Producto		Entidad		Firma Asociado	
		Id. Producto		Ciudad		Huella	
		No. Producto		País			
		Monto:		Moneda			
REFERENCIAS							
TIPO		NOMBRES Y APELLIDOS		DIRECCIÓN		CIUDAD	
FAMILIAR						TELÉFONO	
PERSONAL						PARENTESCO	
Autorizo a Cooperativa AVP para que envíe mensajes de texto/WhatsApp SI NO				Autorizo a la Cooperativa AVP para que envíe correos electrónicos SI NO			
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 consignan 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 restrictivas y 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						Huella	

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 AVP 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.

No admitiré que terceros efectúen depósitos a mi(s) cuenta(s) con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas

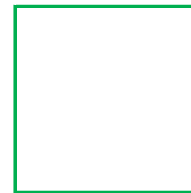
Declaro que mi ocupación económica no es ni se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas y que el origen de mis recursos proviene del desarrollo de la(s) siguiente(s) actividad(es):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_



DOCUMENTOS ANEXOS	PN	✓
Fotocopia del documento de identificación	X	
Constancia de ingresos (laborales, honorarios, certificación ingresos y retenciones)	X	
Declaración de Renta del último periodo gravable disponible	X	
Anexo Parentescos PEP	X	

**ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA**

**ENTREVISTA**

FECHA	HORA	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
DD   MM   AAAA			
OBSERVACIONES:			

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

FECHA	HORA	NOMBRE FUNCIONARIO	FIRMA FUNCIONARIO
DD   MM   AAAA			
OBSERVACIONES:			

**RESULTADO DE LA SOLICITUD**

APROBADA	APLAZADA	RECHAZADA	ACTA CONSE DE ADMINISTRACIÓN	FECHA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		DD   MM   AAAA