

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.		No. DOCUMENTO				
CIUDAD EXPEDICIÓN		DEPARTAMENTO EXPEDICIÓN		FECHA EXPEDICIÓN		NACIONALIDAD					
PAÍS DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO			CIUDAD O MUNICIPIO DE NACIMIENTO						
FECHA NACIMIENTO		SEXO		ESTADO CIVIL		DIRECCIÓN RESIDENCIA					
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		NOMBRE PROPIETARIO			TELÉFONO PROPIETARIO		ANTIGÜEDAD				
ESTRATO		CABEZA DE FAMILIA?		NO. PERSONAS A CARGO		CÓMO CONOCIÓ A LA COOPERATIVA AVP?		Dirección Correspondencia			
ACTIVIDAD ECONÓMICA		CÓDIGO CIU		ASOCIADO DE OTRA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA?		SI		CUÁL?			
TIENE PARENTEZCO CON:		Empleados de la entidad			Miembros de Administración		Miembros de Control		PEP		
OCUPACIÓN		INFORMACIÓN LABORAL - Diligenciar si la Ocupación es Empleado									
Empleado		EMPRESA			NIT EMPRESA		CIU EMPRESA				
Independiente		NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO DE LA EMPRESA DONDE LABORA			No. IDENTIFICACIÓN REP. LEGAL O APODERADO EMPRESA						
Pensionado		CARGO			FECHA INGRESO		TIPO CONTRATO		JORNADA LABORAL		
Estudiante		DIRECCIÓN EMPRESA			CIUDAD		TELÉFONO FIJO		CELULAR		
Hogar		DIRECCIÓN			CIUDAD		CARGO		ANTIGÜEDAD		
Cesante		EMPRESA DONDE LABORA			TELÉFONO EMPRESA		TIPO DE CONTRATO				
Desempleado		DIRECCIÓN			CIUDAD		CARGO		ANTIGÜEDAD		
Dependiente		EMPRESA DONDE LABORA			TELÉFONO EMPRESA		TIPO DE CONTRATO				
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 grdo de poder público?		SI		NO		CARGO		FECHA VINCULACIÓN			
Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público?		SI		NO		CARGO		F. DESVINCULACION			
Existe algun vínculo entre ud y una PEP?		SI		NO		CARGO		FECHA VINCULACIÓN			
DATOS DEL CONYUGUE - Si Aplica											
NOMBRES CONYUGUE		APELLIDOS CONYUGUE			TIPO DOCUM		No. DOCUMENTO				
CIUDAD EXPEDICIÓN		DEPARTAMENTO EXPEDICIÓN		FECHA EXPEDICIÓN		NACIONALIDAD					
CIUDAD/MUNICIPIO DE NACIMIENTO		FECHA NACIMIENTO		SEXO		OCUPACIÓN		ESTRATO			
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?									
INFORMACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA											
Ingresos mensuales de su actividad principal		Total Activos		DECLARA RENTA?							
Otros ingresos. Especificar		Total Pasivos		SI		NO		Último periodo declarado			
Egresos Mensuales		Patrimonio									
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA											
Realiza operaciones en moneda extranjera?		Importaciones		Inversiones		Otros		Declaro que NO realizo operaciones en Moneda Extranjera			
SI		NO		SI		NO		SI			
Posee cuentas en moneda extranjera?		SI		NO							
Tipo Producto		Entidad		Ciudad							
Id. Producto		País		Moneda							
No. Producto		Monto:				Firma Asociado		Huella			
REFERENCIAS											
TIPO		NOMBRES Y APELLIDOS			DIRECCIÓN		CIUDAD		TELÉFONO		
FAMILIAR											
PERSONAL											
INFORMACIÓN DEVOLUCIÓN DE SALDOS EN CASO DE FALLECIMIENTO											
EN CASO DE FALLECIMIENTO Y DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA LEY, LOS APORTES, AHORROS E INTERESES, RESULTADO DEL CRUCE DE CUENTAS, SERÁN ENTREGADOS A LOS BENEFICIARIOS O HEREDEROS LEGALES, DE ACUERDO A LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.											
AUTORIZACIONES											
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 Suministración 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):

---

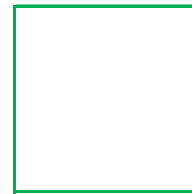
---

---

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