

Fecha de Solicitud: DD MM AAAA

Tipo de Vinculación:  Persona Natural  Persona Jurídica  Menor de Edad

### INFORMACIÓN GENERAL ( PERSONA NATURAL O JURÍDICA)

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: RC  TI  CC  CE  NIT  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Expedición: DD MM AAAA

Ciudad de Expedición: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento / Creación Empresa: DD MM AAAA Departamento de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_

Actividad Económica Principal: \_\_\_\_\_ Tipo de Empresa: Pública  Privada  Mixta

Departamento de Residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad de Residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Tel / Celular 1: \_\_\_\_\_ Tel / Celular 2: \_\_\_\_\_ Estrato Socioeconómico: \_\_\_\_\_ Personas a Cargo: Si  No  Cuántas? \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Unión Libre  Divorciado(a)  Viudo(a)  Propia  Tipo de Vivienda: Familiar  Arrendada  Profesión: \_\_\_\_\_

Nivel de Escolaridad: Preescolar  Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnológico  Universitario  Postgrado  Ninguno  Salario: \$ \_\_\_\_\_

Motivo de Vinculación: Ahorro  Crédito  Servicios Sociales  Modelo Semilla  Modelo Microfinanzas  Dirección Principal  Envío de Correspondencia: Dirección de Empresa  E-mail

### INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: CC  CE  PAS  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Tel. / Celular: \_\_\_\_\_ Fecha Nombramiento: DD MM AAAA

Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN.

Razón Social o Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: CC  CE  NIT  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ % Participación: \_\_\_\_\_ %

Razón Social o Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: CC  CE  NIT  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ % Participación: \_\_\_\_\_ %

Razón Social o Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: CC  CE  NIT  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ % Participación: \_\_\_\_\_ %

### INFORMACIÓN LABORAL

Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ Cargo Actual: \_\_\_\_\_ Teléfono Empresa: \_\_\_\_\_

T. Fijo  Indefinido  P. de Servicios  Tipo de Contrato: Temporal  C. Aprendizaje  Independiente  Fecha de Inicio: DD MM AAAA Fecha de Terminación: DD MM AAAA

Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección de la Empresa: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: TI  CC  CE  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Tel. / Celular 1: \_\_\_\_\_ Tel. / Celular 2: \_\_\_\_\_ Profesión u Ocupación: \_\_\_\_\_

Departamento de Residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad de Residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nivel de Escolaridad: Preescolar  Primaria  Secundaria  Técnico  Tecnológico  Universitario  Postgrado  Ninguno  Labora Actualmente?: Si  No

Empresa donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Tipo de Contrato: T. Fijo  Indefinido  P. de Servicios  Temporal  C. Aprendizaje  Independiente

Fecha de Inicio: DD MM AAAA Cargo Actual: \_\_\_\_\_ Salario: \$ \_\_\_\_\_ Actividad Económica: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES (derivados de la actividad económica principal)	\$ _____	TOTAL ACTIVOS	\$ _____
OTROS INGRESOS (diferente a su actividad económica principal)	\$ _____	TOTAL PASIVOS	\$ _____
TOTAL INGRESOS MENSUALES	\$ _____	TOTAL PATRIMONIO	\$ _____
TOTAL EGRESOS MENSUALES	\$ _____	¿POR QUÉ CONCEPTO SE DERIVAN OTROS INGRESOS?:	_____

### BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA AHORROS

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: RC  TI  CC  CE  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Sexo: M  F  Parentesco: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: RC  TI  CC  CE  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Sexo: M  F  Parentesco: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento: RC  TI  CC  CE  Número de Identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: DD MM AAAA Sexo: M  F  Parentesco: \_\_\_\_\_ Porcentaje: \_\_\_\_\_ %

**PERSONAS A CARGO**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de Documento RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de Identificación <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Parentesco Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	
Tipo de Documento RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	Número de Identificación <input type="text"/>	Fecha de Nacimiento DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Parentesco Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>

**REFERENCIAS**

Referencia Personal:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad:	Barrio:	Tel / Celular 1 <input type="text"/>	Tel / Celular 2 <input type="text"/>
Referencia Familiar:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección:	Ciudad:	Barrio:	Tel / Celular 1 <input type="text"/>	Tel / Celular 2 <input type="text"/>

**PARENTESCO CON EMPLEADOS DE COOFISAM**

Tiene Familiares que trabajan en COOFISAM? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del Empleado:	Parentesco:
---	----------------------	-------------

**PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP's)**

Administra Recursos Públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Posee poder público o goza de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es persona expuesta públicamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--	--

Tiene Usted familiares considerados como personas públicamente expuestas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Qué parentesco tiene con Usted? Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hijo/Hijastro <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Suegros <input type="checkbox"/> Cuñado <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/>
--	---

Indique nombre completo de su familiar:	Número de Identificación <input type="text"/>	Cargo:
---	--	--------

**OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indique cuales:	Es declarante de Renta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Posee cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de Cuenta: <input type="text"/>	Banco:	Ciudad:	Moneda:	País:

**DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS**

Con el propósito de dar cumplimiento a lo estipulado por la Superintendencia de la Economía Solidaria y las normas concordantes sobre apertura y manejo de cuentas de ahorro, certificados de depósito de ahorro a término, inversiones, operaciones de crédito, etc., declaro que la fuente de mis bienes y/o recursos tiene como origen:

- Los bienes que poseo han sido adquiridos a través de:  
Compraventa  Donación  Herencia  No poseo bienes  Otro  Cual?
- Los recursos que declaro provienen de las siguientes fuentes:  
Salario  Honorarios  Utilidades  Renta  Padres  Contratación con terceros  Otro  Cual?
- País origen de los recursos: Colombia  Otro  Cual?
- Declaro que los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione.
- No admito que terceros efectúen depósitos a mis cuentas o a las que represento, con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR A LAS CENTRALES DE RIESGO**

En calidad de titular de la información o en mi condición de Representante Legal, autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel - COOFISAM como solicitante o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor en forma permanente e irrevocable a: reportar, procesar, solicitar y divulgar a las Centrales de Riesgo, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejarán en las mencionadas base 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 comportamiento de mis obligaciones adquiridas. La información reportada a la base de datos permanecerá durante el tiempo que la Ley establezca, de acuerdo con la fecha en que se efectúe el pago y la manera como se tramite y terminen los procesos de cobro a que haya lugar.

**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES**

La Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel COOFISAM, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1581 de 2012, Decretos Reglamentarios y la Política de protección de datos personales, me informa que los datos personales que suministre en virtud de las operaciones que solicite o celebre con COOFISAM, serán tratados mediante el uso y mantenimiento de medidas de seguridad técnicas, físicas y administrativas, a fin de impedir que terceros no autorizados accedan a los mismos.

El responsable del tratamiento de mis datos personales será la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel - COOFISAM, empresa sin ánimo de lucro, con domicilio principal en la ciudad de Garzón Huila, Ubicada en la calle 5 No. 8-87, teléfono 8332306, quien recolectará mis datos a través de sus diferentes canales transaccionales y serán usados para las siguientes finalidades:

- Administrar cualquier producto o servicio con que cuente el asociado, en desarrollo del objeto social de COOFISAM.
- Atender solicitudes, generar extractos, realizar actividades de cobranza y las demás relacionadas con la utilización de cualquier producto o servicio con que cuente el asociado.
- Comunicar y enviar información comercial sobre los productos y servicios mediante los canales o medios que COOFISAM establezca para tal fin.
- Informar sobre otros productos y servicios ofrecidos por terceros vinculados o relacionados por convenios con COOFISAM.
- Realizar encuestas y/o sondeos de opinión sobre productos y servicios, que permitan realizar segmentación de mercado, análisis de consumo, preferencias y evaluar la calidad de nuestros servicios.
- Adoptar medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. En razón a ello, COOFISAM podrá transferir datos personales de asociados involucrados en dichas actividades a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las investigaciones a que haya lugar, en cumplimiento de las obligaciones previstas en la ley y en las contempladas en el presente manual.
- Realizar el tratamiento de la huella dactilar, en aras de que se realice el correspondiente proceso de reconocimiento del asociado y se obtenga mayor seguridad en el desarrollo de las diferentes transacciones que se realicen a través de los canales con los que cuenta COOFISAM.

Tengo conocimiento de que podré ejercer mis derechos a: conocer, actualizar, rectificar, suprimir la información y revocar la autorización, siguiendo los procedimientos que COOFISAM proporciona para tales efectos, los cuales puede conocer en el Manual de Políticas de Protección de Datos Personales publicado en la página web [www.coofisam.com](http://www.coofisam.com), además que para dudas e inquietudes relacionadas con éstos temas puedo escribir al correo electrónico: [protecciondedatos@coofisam.com](mailto:protecciondedatos@coofisam.com)

Leído lo anterior, en calidad de titular de la información o en mi condición de Representante Legal, declaro que la información suministrada ha sido de forma voluntaria, completa, confiable, veraz, exacta y verídica, y así mismo autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a COOFISAM y sus filiales, para que realice el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona, dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí expresamente contempladas.

**AUTORIZACIÓN SEGURO DE VIDA AHORROS**

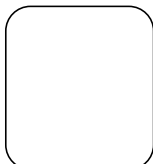
En calidad de titular de la información o en mi condición de Representante Legal, declaro que conozco, entiendo y acepto que COOFISAM de manera discrecional me otorga beneficio gratuito, que consiste en la contratación de la póliza de seguro de vida grupo ahorros, que me ampara en caso de muerte e incapacidad total y permanente, siempre y cuando permanezca como asociado, cuyo pago de prima asume en su totalidad COOFISAM aún cuando no le asiste obligación alguna.

**OTRAS DECLARACIONES**

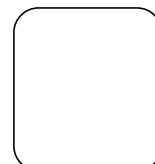
En calidad de titular de la información o en mi condición de Representante Legal, autorizo a COOFISAM a: saldar cuentas, depósitos y dar por terminado de forma unilateral los contratos de éste y otros productos que posea en la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel - COOFISAM. Así mismo, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contraídos a través del presente documento, o el hecho de que aparezca mi nombre y/o identificación, el de mis autorizados, mi cónyuge o compañero(a) permanente o apoderados registrados, en cualquiera de las listas inhibitorias que consulte COOFISAM, eximo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive por ello, y de la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en éste documento o violación del mismo.

Bajo la gravedad de Juramento manifiesto que todos los datos aquí contenidos son ciertos y de manera libre y espontánea autorizo su verificación, sin limitación alguna, mientras subsista la relación comercial con la Cooperativa o con quien represente sus derechos. Así mismo manifiesto que cualquier cambio será notificado a COOFISAM.

Declaro que conozco y acepto las condiciones de los reglamentos y contratos de los productos aquí solicitados. En constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para ello e igualmente me obligo de manera irrevocable, a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que COOFISAM considere necesarios.



Huella Índice Derecho



Huella Índice Derecho

Firma Asociado

Firma Representante Legal

**ESPACIO RESERVADO PARA COOFISAM**

Nombre del empleado que recibe la información:	Fecha de Apertura DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>
Nombre del empleado que confirmó las referencias:	Fecha de Confirmación DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>