



# VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN PERSONA NATURAL

F. Vigencia: 15/08/2017  
F-GPS-0011-V18 TD 57A

Agencia		Nombre del Asesor		Código del Asesor		Fecha MM   DD   AAAA		
Es usted: <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Representante legal de menor de edad <input type="checkbox"/> Autorizado para manejo de cuenta				Si es codeudor o Representante Legal escriba AQUÍ el número del documento del Titular:				
<b>PRODUCTOS O SERVICIOS A SOLICITAR</b>								
<input type="checkbox"/> Actualización	Nro. Asesoría:		Producto de Crédito:		Monto solicitado (\$):		Plazo (meses):	
	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Crédito		Producto de Crédito:		Monto solicitado (\$):		Plazo (meses):	
<input type="checkbox"/> Vinculación	Cuota (\$)		Producto de Crédito:		Monto solicitado (\$):		Plazo (meses):	
<b>DATOS PERSONALES</b>								
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre Completo				
Documento de identidad __ CC __ CE	Número Doc:	Fecha de expedición MM   DD   AAAA	Ciudad de expedición	Lugar de nacimiento	País de nacimiento	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nivel de estudios: __ Primaria o menos __ Bachiller __ Técnico __ Tecnológico __ __ Universitario Título Obtenido:			Estado Civil: __ Soltero __ Casado __ Unión Libre __ Separado __ Viudo		Número de hijos: Número de personas que dependen económicamente de usted:		
Tipo de vivienda que habita: __ Propia __ Arrendada __ Familiar __ Padres __ otros		Estrato Vivienda	Si la vivienda es arrendada, especifique: Nombre del arrendador o agencia:			Teléfono del dueño:		
Ocupación principal: __Asalariado __Trabajador Asociado __Estudiante __Menor __Ama de casa __Jubilado/Pensionado __Empleado Informal __Empleado Doméstico __Rentista Capital __Independiente Profesional __Independiente Informal __Independiente __Formalizado __Independiente Agro						Persona Expuesta Públicamente? __SÍ __NO		
Maneja Ud. recursos públicos? __SÍ __NO								
Afiliado a la seguridad social: __Régimen subsidiado __Régimen contributivo				Declara Renta: __SÍ __NO				
<b>DIRECCIONES</b>	Dirección residencia (Apto. bloque)		Barrio		Municipio		Departamento	
	Teléfono de Residencia		Celular		Envío de correspondencia y Facturación: __Email __Entrega personal __Laboral __Residencia __Otra dirección. Cuál?			Correo electrónico
	Dirección del lugar de trabajo (Of. Principal)			Municipio		Departamento		Teléfono donde trabaja
	<b>SI USTED ES ASALARIADO O EMPLEADO</b>							
Tipo de Contrato: __Indefinido __Fijo __Otro. Cuál?		Cargo			Teléfono empresa		Fecha de Vinculación MM   DD   AAAA	
		Nombre de la empresa en la que trabaja						
<b>SI USTED ES INDEPENDIENTE</b>								
Ocupación:		N° de empleados		¿Tiempo que lleva ejerciendo la actividad actual?				
Ubicación puesto de trabajo: __Fijo en local __En obra __Ambulante				Sector: __Cultivar __Criar __Servicios __Fabricar, transformar __Construir __Transportar __Vender				
<b>Si posee negocio, diligencie:</b>								
Nombre del negocio			El local es: __ Propio __ Arrendado individual __ Amortización __ Arriendo __ Compartido			Meses en el local actual:		
Si el local es arrendado especifique: Nombre del dueño:				Teléfono del dueño:		Posee Cámara Comercio? Paga Ind. Y Comercio?		
<b>OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>								
¿Posee cuentas en el exterior? __SÍ __NO		Entidad		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? __SÍ __NO				
Tipo de Moneda:		N° de Cuenta:		Monto:		TIPO DE OPERACIÓN: __Importaciones __Exportaciones __Inversiones __Préstamos __Otras. Cuáles?		
Ciudad:		País:		Tipo de Producto:				
<b>INFORMACIÓN BÁSICA FINANCIERA</b>								
<b>Ingresos mensuales</b>		<b>Descripción de otros ingresos mensuales</b>				<b>Egresos mensuales</b>		
Ingresos principales \$		__Pensión __Honorarios __Comisiones __Arrendos __Utilidad Negocio __Bonificaciones				Gastos mensuales: \$		
Ingresos familiares \$		__Rendimientos Financieros				Otros egresos: \$		
Otros ingresos permanentes demostrables \$		__Giros del Exterior __Ingresos Familiares				<b>TOTAL DE EGRESOS \$</b>		
<b>TOTAL DE INGRESOS \$</b>								
<b>ACTIVOS</b>				<b>PASIVOS</b>				
Ahorro, Inversiones, Cuentas por Cobrar, Inventarios \$		Deudas Financieras \$						
Vehículo, Propiedad, Equipo de Oficina, Maquinaria \$		Deudas con Terceros \$						
Otros ¿Cuáles? \$		Otros ¿Cuáles? \$						
<b>TOTAL ACTIVOS \$</b>		<b>TOTAL PASIVOS \$</b>						
<b>REFERENCIAS</b>	¿Tiene familiares directivos o empleados que trabajen en Confiar? __SÍ __NO		Nombres y apellidos			Parentesco		Teléfono
	Familiar (Que no viva con usted)		Nombres y apellidos			Parentesco		Teléfono
			Ciudad (municipio)			Dirección		
	Personal		Nombres y apellidos			Dirección		Ciudad (municipio)
	Financieras		Entidad		Producto		Marque "X" en caso de no tener referencias en el sector financiero <input type="checkbox"/>	
Comerciales		Establecimiento				Marque "X" en caso de no tener relaciones comerciales <input type="checkbox"/>		

DATOS GENERALES DEL CONYUGE O COMPANERO(A) PERMANENTE						
REFERENCIAS	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre completo:		Doc. de Identidad __ CC __ CE	Número Doc:
	<b>Ocupación principal:</b> __Asalariado __Trabajador Asociado __Estudiante __Menor __Ama de casa __Jubilado/Pensionado __Empleado Informal __Empleado Doméstico __Rentista Capital __Independiente Profesional __Independiente Informal __Independiente Agro __Independiente Formalizado		<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA	<b>Nivel de estudios:</b> Título obtenido __Primaria o menos __Bachiller __Técnico __Tecnológico __Universitario	
	Nombre de la empresa			Cargo u ocupación	Ingresos	\$
	Teléfono del lugar de trabajo		Dirección del lugar de trabajo		Total Egresos	\$
	Municipio		Departamento		Disponible	\$
SI USTED ES ASOCIADO						
DESIGNACION BENEFICIOS DE SERVICIOS QUE OFRECE LA COOPERATIVA (Solamente para vinculación como Asociado)						
Para tener en cuenta: <b>Asociados casados o en unión libre:</b> esposa(o) o compañera(o) permanente e hijos de 0 a 25 años. <b>Asociados solteros:</b> los padres o en su defecto hasta dos hermanos menores de 18 años con dependencia económica.						
Nombre completo	Doc. de identidad: __ CC __ TI Número:	Parentesco	Nivel de estudios	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA		
Nombre completo	Doc. de identidad: __ CC __ TI Número:	Parentesco	Nivel de estudios	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA		
Nombre completo	Doc. de identidad: __ CC __ TI Número:	Parentesco	Nivel de estudios	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA		
Nombre completo	Doc. de identidad: __ CC __ TI Número:	Parentesco	Nivel de estudios	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA		
ADHESION AL ACTO COOPERATIVO EN LA VINCULACION DE ASOCIADOS						
Es mi decisión voluntaria cumplir los requisitos exigidos para hacerme Asociado de CONFIAR Cooperativa Financiera, por lo cual declaro mi adhesión al Acuerdo Cooperativo, los estatutos y demás normas que lo regulan. Igualmente me comprometo a conocer, practicar y fomentar la Filosofía Cooperativa y pensamiento Solidario de Confiar y aceptar la responsabilidad que me corresponde como co-duño de CONFIAR.						
DECLARACIONES DEL CLIENTE O AUTORIZADO:						
Certifico que la información presentada en este formato y demás documentos corresponde a la realidad, no obstante autorizo saldar las cuentas o dar por terminado este contrato en caso de inconsistencias con su contenido, eximiendo a la Cooperativa Financiera CONFIAR de toda responsabilidad que se declare por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado o por no hacer oportunamente la actualización de la información, por lo menos una vez al año. Manifiesto que he recibido en forma clara y completa la información de los productos y servicios de la Cooperativa.  En virtud de lo anterior la Cooperativa podrá dar por terminada cualquier relación, comercial, contractual o de negocios, con el suscrito teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los contratos de los diferentes productos, las siguientes: 1) Cuando figure en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades. 2) Cuando me encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera. 3) Cuando figure en requerimientos de entidades de control, noticias tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT).						
DECLARACION FATCA (Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras)						
¿Tengo Nacionalidad Estadounidense? __SI __NO			¿Tengo residencia americana o cuento con "Green Card"? __SI __NO			
No. Pasaporte Americano: _____			No. TIN (Tax identification Number): _____			
¿He permanecido más de 183 días en el último año, o 122 días durante los tres últimos años, dentro del territorio de los EE.UU? __SI __NO			¿Mantengo algún tipo de contrato con entidad estadounidense por la cual recibo algún tipo de ingreso? __SI __NO			
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS						
Declaro que la información aquí contenida es veraz y verificable y autorizo a CONFIAR a validar la información y poder cumplir con los requerimientos legales Igualmente declaro: 1-Que los recursos que entregue a CONFIAR a cualquier título provienen de actividades lícitas consistentes en: __Salarios y demás pagos laborales __Intereses y rendimientos financieros __Dividendos y participaciones __Honorarios y comisiones __Ventas netas __Manutención 2-Los bienes que poseo provienen de actividades lícitas. 3-No permitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas, ni haré transferencias a personas que se dediquen a la realización de actividades ilegales.						
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (Sólo para créditos)						
• Valor solicitado (campo a diligenciar por parte de la Cooperativa) • Datos personales sobre salud: Peso: ____Kg., Estatura: ____ mts. • Ha padecido accidentes que le impidan desempeñar labores propias de su ocupación? __Si __No. En caso afirmativo, detallar _____ • Tiene en la actualidad alguna pérdida funcional o anatómica? __Si __No. Cual?			• Marque una X en caso de que padezca o haya padecido alguna enfermedad relacionada con: __Corazón __Presión arterial __Riñones __Enfermedades neurológicas __VIH __Cáncer __Diabetes __Enfermedades hepáticas __Pulmones __Otras _____ Cuales? • Tiene usted conocimiento sobre intervenciones quirúrgicas a las que será sometido próximamente? __Si __No. Cuales?			
LA ASEGURADORA, se reserva los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente, así como de declinar o extraprimar cualquier solicitud que no esté de acuerdo con sus normas de selección. Declaro que la información suministrada es exacta, completa, y verídica, por lo tanto la falsedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en las normas que regulan la materia. Autorizo a LA ASEGURADORA para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren, así como a obtener mi historia clínica. Autorizo a LA ASEGURADORA para consultar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos agravados en indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado. Así mismo la facultad para que informe a estas bases de datos los aspectos que la Compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguro celebrado o que vayan a celebrarse.						
AUTORIZACIONES						
1-Autorizo (amos) permanentemente a CONFIAR o a sus cesionarios o a quien represente sus derechos para que solicite, informe, reporte, procese o divulgue a las Centrales de Información y Riesgo todo lo referente a mi comportamiento comercial y a las relaciones comerciales en los términos y condiciones que consagre la ley. 2-Autorizo (amos) a CONFIAR Cooperativa Financiera para que consulten información en cualquier clase de entidad pública o privada legalmente constituida, con el fin de que dicha entidad certifique la titularidad de bienes que se encuentren a mi nombre. 3-Igualmente nos obligamos a cancelar el valor de las primas de seguro de vida y demás pólizas que estamos obligados y que serán canceladas conjuntamente con la amortización del crédito y por los valores establecidos en las respectivas pólizas y en las condiciones establecidas en la Ley. 4- Autorizo en forma voluntaria a CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA para que me contacte a través de los diferentes canales usados por la Cooperativa como e-mail, teléfono, celular, SMS, redes sociales o medios similares. 5-Reporte anual costos: Este reporte describe los pagos consolidados que el cliente ha realizado a CONFIAR por los productos o servicios: ¿Como desea consultar y/o recibir su reporte anual de costos? <input type="checkbox"/> Consultarlo en la Agencia Virtual (Internet). <input type="checkbox"/> Recibirlo en la dirección de correspondencia. En caso de seleccionar dirección de correspondencia, el reporte será enviado a la dirección de facturación que el cliente tenga registrada. 6-Autorizo a CONFIAR Cooperativa Financiera para que en caso de que esta solicitud sea negada, esta entidad no me devuelva y destruya todos los documentos que he presentado. CONFIAR Cooperativa Financiera se hará responsable por la destrucción de los documentos.						
INFORME SOBRE CUPO GLOBAL DE ENDEUDAMIENTO (Sólo para créditos)						
En consideración a la normatividad vigente sobre el control a los límites máximos de endeudamiento, declaro a CONFIAR que no conozco de créditos otorgados a terceros que deban acumularse para efectos de lo previsto en dicho decreto con el crédito recibido por mí.						
AUTORIZACION DEBITO, ABONO AUTOMATICO						
Autorizo a CONFIAR para que debite de mis cuentas el valor correspondiente a cuotas de amortización por concepto de capital, intereses y primas de seguros sobre obligaciones adquiridas con la Cooperativa, igualmente para debitar los gastos de estudios y administración del crédito, y las cuotas sociales que se deriven de mi vinculación como asociado y el pago de servicios recibidos de terceros. Autorizo a CONFIAR a realizar abonos relativos al desembolso de créditos a mis cuentas.						
AUTORIZACION MANEJO DE DATOS PERSONALES ( LEY 1581 DE 2012 Y 1266 DE 2008).						
AUTORIZO (AMOS) PARA QUE LOS DATOS PERSONALES QUE AQUÍ SUMINISTRO (AMOS), SEAN UTILIZADOS CON EL FIN DE QUE ME INCLUYAN EN LA UTILIZACION DE NUEVOS SERVICIOS Y PRODUCTOS, REALIZACION DE EVENTOS Y SORTEOS QUE REALICE CONFIAR. ESTO PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES. Firmo este documento en constancia de haber leído y declarado información verdadera en forma clara y precisa, aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria.  Firma _____  Documento No. _____						
					Huella Índice Derecho	