

Fecha			
-------	--	--	--

Día - Mes - Año

A. PERSONAS NATURALES

Nombres				Tipo de identificación									
Apellidos				RC	<input type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	TI	<input type="checkbox"/>	CE	<input type="checkbox"/>	PAS	<input type="checkbox"/>
Número de identificación				Nacionalidad (Para CE o PAS)				País Residencia					
Fecha de nacimiento		dd	mm	año		Fecha de expedición		dd	mm	año			
Nivel de educación		Primaria <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>		Técnico o tecnólogo <input type="checkbox"/>		Universitario (pregrado) <input type="checkbox"/>		Postgrado (especialización, maestría, doctorado) <input type="checkbox"/>			
Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional		Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Niños, niñas y adolescentes <input type="checkbox"/>		Mayores de 60 años <input type="checkbox"/>		Persona con discapacidad física, mental o sensorial <input type="checkbox"/>					
				Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/>		Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/>		Persona en condición de pobreza extrema <input type="checkbox"/>					
				Pueblos indígenas <input type="checkbox"/>		Población diversa / LGBTQ+ <input type="checkbox"/>		Población Afrocolombiana <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> Cúal? _____			
Dirección domicilio						correo electrónico							
Departamento				Municipio				Zona	Rural <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/>			
Celular			Ocupación	Empleado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Cúal? _____					
Si es empleado: Nombre de la empresa donde labora						Fecha de vinculación							
Si es independiente: Describir actividad económica						y CIU, si aplica							
Nombre del representante legal o apoderado del asociado (si aplica)* menores de edad													
N° identificación del apoderado del asociado (si aplica)* menores de edad													
¿Administra recursos públicos?		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>									
¿Es una persona políticamente expuesta - PEP?		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>									

DECLARACIÓN DE INGRESOS (PERSONA NATURAL)

Ingresos mensuales:	\$		
Otros ingresos (especificar):*	Valor	\$	Cúal?

* Los datos de activos, pasivos, patrimonio y otros, se deberán diligenciar en el formato dispuesto por la empresa solidaria, cuando el asociado solicite un producto o servicio.

B. PERSONAS JURIDICA

Razón social			
NIT		País de constitución de la persona jurídica	
Dirección domicilio		Correo electrónico	
Departamento		Municipio	
Actividad económica		Teléfonos	
CIU			
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	CUALES
Nombre completo del Representante legal:			
N° Identificación del representante legal		Tipo CC <input type="checkbox"/>	
Tipo de empresa		Privada <input type="checkbox"/>	Publica <input type="checkbox"/>
		Mixta <input type="checkbox"/>	

INFORMACION FINANCIERA (\$) (PERSONA JURIDICA)

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	\$
Detalle de otros ingresos no operacionales o derivados de otra actividad:	\$
Total activos	\$
Total pasivos	\$
Total patrimonio	\$

C. REFERENCIAS

Personal	Nombres y apellidos completos	Dirección	Teléfono
Familiar	Nombres y apellidos completos	Dirección	Parentesco
Comercial Persona Jurídica	Nombres y apellidos completos	Dirección	Teléfono

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Autorizo a los beneficiarios que se detallan a continuación para que, en caso de mi fallecimiento, realicen las reclamaciones correspondientes ante la Cooperativa CELTEC para la obtención de los saldos a mi favor, conforme a lo establecido en los estatutos y/o reglamentos vigentes de la Cooperativa CELTEC en su momento.

Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento	No. Identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	MM - DD - AAAA	No. Identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	MM - DD - AAAA	No. Identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	MM - DD - AAAA	No. Identificación	Parentesco	%
Nombres y apellidos completos	MM - DD - AAAA	No. Identificación	Parentesco	%

¿Tiene un familiar asociado a la cooperativa?	SI	NO	Nombres y apellidos completos	Número de documento
			Nombres y apellidos completos	Número de documento

En caso de ser aceptado como asociado, autorizo al pagador de la empresa _____ para que deduzca de mi sueldo, prestaciones sociales, prestación de servicios y/o mesada pensional, el valor de los recursos económicos a favor de la Cooperativa CELTEC previamente autorizados y conforme a las disposiciones legales y reglamentarias.

PAGO ÚNICO DE AFILIACIÓN	MES DE DESCUESTO	APORTE ORDINARIO MENSUAL	MES PRIMER DESCUESTO
--------------------------	------------------	--------------------------	----------------------

D. DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS, AUTORIZACIONES PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, la Ley 190 de 1995 y demás normas legales aplicables a la apertura y manejo de cualquier tipo de depósitos, así como a la obtención de crédito en cualquiera de sus modalidades, obrando en mi propio nombre de manera voluntaria manifiesto que todo lo aquí consignado es cierto y declaro que los fondos depositados en la Cooperativa CELTEC provienen de actividades totalmente lícitas, en consecuencia manifiesto:

- Los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa CELTEC provienen de los siguientes fondos (diligenciamiento detallado ocupación, oficio, profesión, negocio, etc.)

- Los recursos que entrego o entregaré a la Cooperativa CELTEC en depósito o para cancelar a mi nombre no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas, o cancelen obligaciones a mi nombre, fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente lícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma, ni efectuaré transacción alguna destinada a tales actividades o a favor de personas aparentemente o efectivamente relacionadas con las mismas.
- Autorizo a la Cooperativa CELTEC, para que obtenga de cualquier fuente información, referencias relativas a mi persona, para reportar y consultar a las centrales de información o cualquier otra entidad que maneje o administre cualquier base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como cliente. Dicha autorización permanecerá vigente hasta la extinción de todas las obligaciones a mi cargo, durante el plazo máximo que para el efecto autorizan la ley o la jurisprudencia.
- Acepto la calidad de asociado (a) de la Cooperativa CELTEC, sus estatutos y sus reglamentos.
- Acepto que el valor a aportar está sujeto al sueldo que devengo y tendrá el correspondiente incremento anual.
- En caso de estar vinculado como trabajador a alguna empresa, mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones e indemnizaciones, así como de cualquier otra suma que resultare a mi favor, garantizarán cualquier saldo a mi cargo en caso de retiro de la Cooperativa CELTEC.

OTRAS DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la cooperativa para que la verifique.
- La organización podrá usar los mecanismos electronicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527
- Estoy informado de mi obligacion de actualizar anualmente la informacion que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio.
- Autorizo a la cooperativa para que consulte y reporte informacion a las centrales de riesgo y el uso de bases de consulta alternativas.
- Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad economica principal."declaro que el origen de los recursos y demas activos proceden del giro o

FIRMA

HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO: dd mm año

D. ESPACIO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	dd	mm	año
FECHA VERIFICACION INFORMACION	dd	mm	año

DOCUMENTOS ANEXOS

Fotocopia del documento de identificación	PN	PJ
Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses	X	X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT		X
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal		X