

SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA
FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO (CLIENTE)
FORMATO N° 5

Fecha de Diligenciamiento Proposito: Cliente Nuevo
 Actualizacion
Nombre de la Cooperativa _____ Sigla _____
Oficina _____

A. PERSONAS NATURALES

1. Nombres _____
2. Apellidos _____
3. N° Identificación _____ RC CC TI CE Pas
4. Fecha de Expedicion Documento de Identidad _____
5. Lugar de expedicion _____
6. Nacionalidad _____
7. Fecha de nacimiento
8. Lugar de nacimiento _____ Departamento _____ Municipio _____
9. Dirección domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____
10. Correo Electronico _____
11. Teléfono Residencia _____
12. Teléfono Celular / Movil _____
13. Nombre de la empresa donde labora _____ 14. Cargo _____
15. Dirección Trabajo _____ Departamento _____ Municipio _____
16. Teléfono(s) _____ N° de Fax _____
17. Ocupación, oficio o profesión _____

PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS -PEP

18. ¿Por su cargo maneja recursos Publicos SI NO
19. ¿Por su cargo o actividad ejerce algun grado de poder publico? SI NO
20. ¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? SI NO
21. ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? SI NO
22. Descripción Actividad Económica _____ 21. CIU _____
23. INFORMACION FINANCIERA (\$)
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal
Otros ingresos (especificar) Concepto de Otros Ingresos _____
Egresos mensuales
Total activos
Total pasivos
Total patrimonio

B. PERSONAS JURIDICAS

24. Razón Social _____
25. NIT _____
26. Numero de matricula y Fecha de Matricula Cámara de Comercio
27. Dirección Domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____
28. Teléfono(s) _____ N° de Fax _____
29. Tipo de empresa privada pública mixta
30. Actividad Económica _____ CIU _____
31. Nombre completo del Representante legal _____
32. N° Identificación del representante legal _____ RC CC TI CE Pas
33. Lugar y Fecha de Nacimiento Representante Legal _____
34. Correo Electronico Empresarial del representante Legal _____
35. Dirección domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____
36. Teléfono (s) Representante Legal _____

37. Accionistas o asociados* que tengan directa o indirectamente una participacion superior al 5% del capital social, aporte o participacion.

Tipo de Documento de Identificación	Numero de Documento de Identificación	Nombre y Apellidos	% de Participacion

38. INFORMACION FINANCIERA (\$)
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal
Otros ingresos (especificar) Concepto de Otros Ingresos _____
Egresos mensuales
Total activos
Total pasivos

C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

39. ¿Realiza operaciones en moneda extranjera ? SI NO
Importaciones Exportaciones Inversiones Transferencias Otra _____
40. ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI NO
Tipo de producto _____
Identificación del producto _____
Numero del producto _____
Entidad _____
Monto _____
Ciudad _____
Pais _____
Moneda _____
41. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

FIRMA CLIENTE	HUELLA	
<p>CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.</p> <p>ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.</p> <p>AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.</p> <p>DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.</p>		
<p>_____</p> <p>FIRMA CLIENTE</p>	<p>HUELLA</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div>
<p>FECHA DILIGENCIAMIENTO</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">AAAA/MM/DD</div>	

D. ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA	
28. OBSERVACIONES:	
29. FECHA REALIZACION ENTREVISTA	AAAA/MM/DD
30. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA	
31. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	
32. FECHA VERIFICACION INFORMACION	AAAA/MM/DD

DOCUMENTOS ANEXOS	PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación	X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	X	
Declaración de rente del último período gravable disponible	X	X
Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses		X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT		X
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal		X