

Ciudad y Fecha: _____ Oficina: _____ Fecha de Ingreso: _____ DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN SOLICITANTE

Nombres y Apellidos del Solicitante		Tipo de Documento NIT <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Nuip <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número	Expedida en	Fecha Expedición AAAA/MM/DD
Nivel de Estudio	Dirección Residencia	Ciudad Residencia	Celular	Teléfono Fijo		
Sector Económico		Actividad Principal CIU				
Detalle Actividad Económica				Estado Civil		1 Soltero 2 Casado 3 Unión Libre 4 Separado 5 Divorciado 6 Viudo
Mujer Cabeza de Familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Empleado Público Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

INFORMACIÓN LABORAL

Empresa o Negocio	Dirección	Teléfono	Departamento	Ciudad
Fecha de vinculación DD/MM/AAAA	Cargo	Sueldo	Jefe Inmediato	
Tipo de contrato _____ Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otro _____				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Otros Ingresos	Total Activo	Total Pasivo	Patrimonio
\$	\$	\$	\$	\$	\$

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera	Si <input type="checkbox"/>	Cuales? _____	No <input type="checkbox"/>
Posee cuentas en moneda Extranjera	Si <input type="checkbox"/>	#. Cuenta _____ Banco _____ Moneda _____	Ciudad _____ País _____
	No <input type="checkbox"/>		

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfonos	Celular	Parentesco

REFERENCIAS PERSONALES

Nombres y Apellidos	Dirección	Teléfonos	Celular	Ciudad

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre Establecimiento	Dirección	Teléfonos	Celular	Ciudad

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 QUE SOLICITE POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE
 AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO
 DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a SERVIMCOOP LTDA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en el estatuto orgánico del sistema financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro y certificados de depósito a término.

- (1). Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc).

- (2) Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. (3) No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de las 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 a favor de personas relacionadas con las mismas. (4) Me comprometo a actualizar periódicamente la información aquí suministrada. (5) Autorizo a saldar las cuentas y depósitos que mantenga en SERVIMCOOP LTDA, en caso de infracción a cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a SERVIMCOOP LTDA en toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento en el espacio destinado para la firma del solicitante.

DIRECCION PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA _____

Fecha Diligenciamiento _____ AAAA/MM/DD _____ Firma del Asociado _____ Huella 

ESPACIO PARA USO DE LA COOPERATIVA

OBSERVACIONES _____

CONFIRMACION DE DATOS DEL CLIENTE

FECHA REALIZACIÓN ENTREVISTA _____ AAAA/MM/DD _____

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZÓ ENTREVISTA _____

NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE VERIFICACIÓN INFORMACIÓN _____

FECHA VERIFICACIÓN INFORMACIÓN _____ AAAA/MM/DD _____