

Persona natural ☐

Persona jurídica ☐

Actu. Datos

Codeudor* ☐
Proveedor ☐
Contratista ☐

Empleado ☐

Fecha: _____
Personería Jurídica No.209/abril 24 de 1975. NIT:891.408.060-8.
Supersolidaria. Afiliada a FOGACCOOP.

Vigilada

Hora: _____

*Para ser codeudor de: _____

En cumplimiento de disposiciones legales, le agradecemos diligenciar este formulario en letra imprenta, de manera completa, veraz y legible, sin enmendaduras.

PERSONA 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 / LGBTIQ+ <input type="checkbox"/> Población Afrocolombiana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal? _____					
Dirección de residencia		Barrio		Estado civil			
Ciudad		Departamento		Unión libre <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Teléfono fijo	
Profesión		Vive en casa		Estrato		Madre o padre cabeza de familia	
Correo electrónico		Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Ocupación		Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>		Hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal? _____	
Si es empleado: Nombre de la empresa donde labora							
Si es independiente: Describir actividad económica		y CIU, si aplica					
Nombre del representante legal o apoderado del asociado (si aplica) * menores de edad.							
No de identificación del apoderado del asociado (si aplica) * menores de edad							

DECLARACION 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.

PERSONA JURIDICA

Razón Social	NIT	País de constitución de la persona jurídica		CIU
Dirección empresa	Departamento	Municipio		
Teléfono	Nombre del representante legal	Tipo de documento		
Correo electrónico	Actividad Económica	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		
Número de documento representante legal	Dirección	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?		
Teléfono	Tipo de empresa (Pública, privada, mixta):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cúales _____		
tipo de empresa	Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Ciudad		

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	

DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP's)

Las PEPs son personas nacionales o extranjeras, que por razón de su cargo, manejan recursos públicos o tienen poder de disposición sobre estos, se les han confiado en una función pública prominente, en una Organización internacional o del Estado, o gozan de reconocimiento público.

1. Usted por su cargo o actividad ¿administra recursos públicos?, ¿ejerce algún grado de poder público?, ¿es representante legal de una organización internacional? O ¿goza de reconocimiento público general?

SI ☐ NO ☐ 2. ¿Existe algún vínculo entre usted y una persona públicamente expuesta?

SI ☐ NO ☐

SI EN LA PREGUNTA 2 SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO:

Parentesco	Nombres y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Nacionalidad
Entidad	Cargo	Fecha de nombramiento	Fecha de desvinculación	
¿Tiene familia en la cooperativa?				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Si contestó "SI" relacionelos a continuación con nombre y No. de documento de identidad:			

DESEAS AFILIARTE AL SERVICIO FUNERARIO CON LA COOPERATIVA					
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	OLIVOS <input type="checkbox"/>	OFRENDA <input type="checkbox"/>		
INFORMACION DE OPERACIONES INTERNACIONALES					
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?		¿Posee cuentas en monedas extranjeras?		Relacione a la persona que envía y/o recibe giros o remesas, nombres y apellidos	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
Si su actividad económica implica transacciones en moneda extranjera, señale los tipos de transacción:					
Importaciones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Envío y/o recepción de giros y remesas <input type="checkbox"/>	Pagos de servicios <input type="checkbox"/>	
Prestamos en moneda extranjera <input type="checkbox"/>		Otras, ¿cuales? _____			
CORRESPONDENCIA					
Autorizo ser contactado a través de correo electrónico o de los siguientes medios virtuales					
Whatsapp <input type="checkbox"/>	Llamada telefónica <input type="checkbox"/>	Mensaje de texto <input type="checkbox"/>	Correo <input type="checkbox"/>		
DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES					
<input type="checkbox"/> Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la cooperativa para que la verifique.					
<input type="checkbox"/> La organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.					
<input type="checkbox"/> Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio.					
<input type="checkbox"/> Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Declaro que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades lícitas.					
EN CASO DE QUE LA SOLICITUD SEA DE ADMISIÓN COMO ASOCIADO, POR FAVOR DILIGENCIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN					
¿Qué lo motivó a vincularse como asociado de COOINPE?			¿Cómo se enteró de la cooperativa?		
un crédito _____	b) Deseo de ahorrar _____	a) Necesidad de	a) Recomendación de un amigo o familiar _____		
sociales _____	d) Todas las anteriores _____	c) Búsqueda de beneficios	b) Redes sociales _____	c) Página web _____	
			d) Otro, ¿cuál? _____		
Nombre del asociado que lo presenta a la cooperativa: _____					
FIRMA Y HUELLA					
Certifico que la información aportada en este documento es veraz, estoy informado de mi obligación de actualizar los datos en el formato establecido por la cooperativa anualmente. En constancia de haber leído, comprendido y aceptado lo anterior, firmo con nombre y huella.					
_____		_____		<div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	
Nombre		Firma		Huella	
ESPACIO EXCLUSIVO COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO COOINPE					
Nombre y firma del responsable de verificación de información					
Fecha verificación información	dd	mm	año		
DOCUMENTOS ANEXOS			PN	PJ	
Fotocopia del documento de identificación			X	X	
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	
Versión 1.5 Fecha: 23/05/2025			Revisado: Gerencia Mayo 23 2025		