



### FORMATO DE ASOCIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ASOCIADOS

Ciudad \_\_\_\_\_ Fecha 

D	D	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---

 Vinculación  Actualización

**ASOCIADO** Citibank Colombia  Scotiabank Colpatría  Colfondos  Ex-empleado

INFORMACIÓN PERSONAL						
1er Nombre		2do Nombre		1er Apellido		2do Apellido
Tipo de Documento <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS		No. Identificación		Lugar de Expedición		Fecha de Expedición / Municipio DD/MM/YYYY
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad		Ciudad / Municipio de Residencia		Urbano / Rural
Fecha de Nacimiento DD/MM/YYYY		Dirección de Residencia		Pertenece a un grupo étnico Si ___ No ___ ¿Cuál? _____		Tipo de Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>
Teléfono Residencia		Celular		Email Personal		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>		Nivel Educativo <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/>		Profesión u Oficio		
Mujer/hombre cabeza de hogar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		RH		Estrato social		Número de personas a cargo
INFORMACIÓN LABORAL						
Empresa donde trabaja		Ciudad/Municipio		Dirección Oficina		
Área		Cargo		Email Trabajo		
Teléfono Oficina		GEID/cod empleado		Celular Laboral		
Tipo de Contrato <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Es usted <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Exempleado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Administra Recursos Públicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tiene Reconocimiento Público <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Quién: _____
Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el Decreto 1674/2015. Cuál: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Tiene Familiares hasta el 2do grado de consanguinidad y afinidad que encaje en los escenarios descritos previamente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
INFORMACIÓN FINANCIERA						
Valor de aportes		Ingresos mensuales actividad principal		Otros ingresos diferentes a la actividad principal		Egresos mensuales
Fuente de los otros Ingresos				Actividad Económica		Código CIU
Total Activos				Total Pasivos		Total Patrimonio
Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros		Banco		No.Cuenta		
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Cuáles		Posee cuentas en moneda extranjera <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Banco: _____ Ciudad: _____ Moneda: _____ País: _____ No. Cuenta: _____
INFORMACIÓN FAMILIAR						
Nombre Cónyuge			No. Identificación		Celular	
Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál _____			Empresa		Teléfono Empresa	
INFORMACIÓN DE LOS HIJOS O PERSONAS QUE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE DEL ASOCIADO						
¿Con quién vive?						
Doc. Identidad	Nombre y Apellido	Nivel de Estudio	Fecha de Nacimiento	Edad	Parentesco	Estado Civil

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

Realizo la siguiente Declaración de Origen de mis fondos a CBC Cooperativa con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular externa No 004 de 2017, expedida por la Superintendencia de Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) ley 90 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes.

Yo \_\_\_\_\_ identificado con la CC No. \_\_\_\_\_ expedida en la ciudad de \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de mis fondos a CBC Cooperativa con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa No. 004 de 2017 de la Superintendencia de Economía Solidaria "Instrucciones para la Prevención y el Control de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo"; Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (decreto 663 de 1993) y Ley 90 de 1995 " estatuto Anticorrupción" y demás normas legales concordantes:

1. Los recursos que manejo en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc.) \_\_\_\_\_
2. Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adiciones.
3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código penal Colombiano, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales de este documento, así como la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a CBC Cooperativa de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

**AUTORIZACIONES**

1. Autorizo a CITIBANK-COLOMBIA S.A, SCOTIABANK COLPATRIA S.A, COLFONDOS y/o sus filiales y EX-EMPLEADOS para que descuente de mis ingresos por nómina la suma de \$ \_\_\_\_\_ con destino a los aportes sociales en CBC Cooperativa. Este descuento mensual no podrá exceder la suma equivalente a tres (3) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV). Si usted es ex empleado consigne en la cuenta corriente de COLPATRIA No. 0020193018 por recaudo identificado o PSE.
2. En caso de retiro autorizo descontar los saldos adeudados a la Cooperativa así: a) De los aportes que poseo como asociado a la Cooperativa CBC Cooperativa, b) De mi liquidación y/o prestaciones sociales como empleado de CITIBANK-COLOMBIA S.A, SCOTIABANK COLPATRIA S.A, COLFONDOS y/o sus filiales y EX-EMPLEADOS.
3. Me comprometo a cumplir los deberes y demás obligaciones que estatutariamente estén contemplados, así como las normas y reglamentos que regulan los servicios ofrecidos por la Cooperativa.
4. Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación asociativa con CBC Cooperativa o quien represente sus derechos. Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las Centrales de Riesgo.

**PROTECCIÓN DE DATOS**

5. Autorizo a CBC Cooperativa para que los datos personales recolectados sean tratados dentro de las políticas y procedimientos de "Protección de Datos Personales" de la Cooperativa y de conformidad con la ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013. La información de datos personales se almacenará en la base de datos para propósitos comerciales de otorgamiento de crédito y actividades de Convenios y Servicios en beneficio de los asociados. CBC Cooperativa ha dispuesto de los siguientes canales de comunicación para recibir solicitudes para conocer, actualizar, rectificar o suprimir la información suministrada en nuestra oficina de la Calle 13 No. 65 - 21 - Centro Comercial Zona

Inn Local 15 y en nuestra página: web [www.cbc.coop](http://www.cbc.coop) y en el correo electrónico: [servicioasociados@cbc.coop](mailto:servicioasociados@cbc.coop). Igualmente estoy informando de mi obligación de actualizar anualmente la información.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento, Adicionalmente, me comprometo a dar lectura y aplicación a los estatutos que rigen mi calidad como asociado.

FIRMA	HUELLA
-------	--------

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ENTREVISTA**

Lugar de Entrevista	_____		
Fecha de Entrevista	_____	Hora de Entrevista	_____
Resultado Entrevista	Observaciones _____		

FIRMA

**CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fecha Verificación	_____
Hora Verificación	_____
Nombre de quien verifica	_____

FIRMA

OBSERVACIONES

**DOCUMENTACIÓN ANEXA**

Fotocopia Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/>
Certificado de Ingresos y Retenciones	<input type="checkbox"/>
Declaración de renta del último período gravable disponible	<input type="checkbox"/>