



**COOPFILIGRANA**  
COOPERATIVA ABIERTA DE APOORTE Y CRÉDITO

**SOLICITUD UNICA DE AFILIACION**

www.coopfiligrana.com

No. \_\_\_\_\_

VALOR DE APOORTE \$ \_\_\_\_\_

QUINCENAL  
 MENSUAL

**INFORMACION PERSONAL**

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.CIVIL <input type="checkbox"/> CARNE DIPLOMÁTICO	No. IDENTIFICACIÓN	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CORREO ELECTRONICO PERSONAL			
GENERO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	NUMERO DE HIJOS	NIVEL ACADÉMICO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> POSGRADO TITULO PROFESIONAL <input type="checkbox"/> NINGUNO
DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	TELEFONO	CELULAR
CIUDAD/DEPARTAMENTO		OCUPACION <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	
CUENTABANCARIA	Banco	<input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	

**INFORMACION LABORAL**

NOMBRE DE LA EMPRESA	DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CORREO ELECTRONICO LABORAL
TIPO DE CONTRATO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	CARGO U OFICIO	

**INFORMACION DEL CONYUGUE O COMPAÑERO PERMANENTE**

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	No. IDENTIFICACIÓN	CIUDAD DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
EMPRESA DONDE TRABAJA			CARGO U OFICIO
DIRECCION OFICINA		TELEFONO	BARRIO
CIUDAD/DEPARTAMENTO		INGRESOS MENSUALES \$	

**INFORMACION REFERENCIAS PERSONALES**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD/DEPARTAMENTO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD/DEPARTAMENTO

**INFORMACION REFERENCIAS FAMILIARES (que no vivan con usted)**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD/DEPARTAMENTO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD/DEPARTAMENTO

**SERVICIO FUNERARIO**

SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	COORSERPARK <input type="checkbox"/>	LOS OLIVOS <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> CUAL?
---	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

**BENEFICIARIOS**

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.CIVIL	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.CIVIL	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.CIVIL	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> R.CIVIL	No. IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

**DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS**

Con el proposito de dar cumplimiento a la señalado pro la superintendencia solidaria de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas certificado de deposito a termino realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y/o recursos.

- Los bienes que poseo han sido adquiridos a través de:  Compraventa  Donacion  Herencia  No poseo bienes Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_
- Los recursos que entregue provienen de las siguientes fuentes: Salario  Honorarios  Utilidad  Renta  Padres  Contratación con terceros Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_
- País de origen de los recursos  Colombia  Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_
- Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier otra norma que lo adicione o lo modifique. No efectuare transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas

**DECLARACION Y AUTORIZACION PARA CONSULTAR, REPORTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN**

Autorizo recibir informacion a traves del correo electronico? SI  NO  Autorizo recibir informacion a traves de mensajes de texto- SMS a tu celular? SI  NO

Autorizo a la entidad COOPFILIGRANA o a quien represente sus derechos u obstante en le futuro la calidad de acreedor a consultar reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de riesgo todo lo que referencia a mi comportamiento comercial y financiero

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo la presente solicitud de vinculación.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL SOLICITANTE

X

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

\_\_\_\_\_  
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

\_\_\_\_\_  
HUELLA DACTILAR