



COOPERTIVA DE EMPELADOS DEL CASD LTDA
NIT 890,504,669
FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL ASOCIADO

A. DATOS PERSONA NATURAL

1. Nombres _____
2. Apellidos _____
3. N° Identificación _____ CC TI CE Pas
4. Lugar de Expedición y fecha _____ AAAA/MM/DD
5. Fecha de nacimiento _____ AAAA/MM/DD
6. Lugar de nacimiento _____ Departamento _____ Municipio _____
7. Dirección domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____
8. Teléfono (s) _____ 9. Correo electrónico _____
10. Nombre de la empresa donde labora _____ 11. Cargo _____
12. Dirección Trabajo _____ Departamento _____ Municipio _____
13. Teléfono(s) _____ N° de Fax _____
14. Estrato _____
15. Ocupación, oficio o profesión _____
16. Estado civil _____
17. Numero de cuenta y banco _____
18. Administra recursos públicos SI NO
19. Actividad Económica _____ CIU _____
20. INFORMACION FINANCIERA (\$)
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal _____
Otros ingresos (especificar) _____
Egresos mensuales _____
Total activos _____
Total pasivos _____

B. BENEFICIARIOS

21. A CONTINUACION RELACIONE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE	APELLIDOS	IDENTIFICACION	%	PARENTESCO

C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA

22. Realiza operaciones en moneda extranjera SI NO Cuáles _____
23. Posee cuentas en moneda extranjera SI NO
Banco _____ Moneda _____
N° cuenta _____ Ciudad _____ País _____
24. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera _____
FIRMA CLIENTE _____ HUELLA _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.

ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.

AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.

FIRMA CLIENTE

HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO

AAAA/MM/DD

D. ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA

25. OBSERVACIONES:

26. FECHA REALIZACION ENTREVISTA

AAAA/MM/DD

27. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA

28. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN5

29. 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 renta 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