

1. Datos solicitante

Nombre(s):		Apellidos:		Sexo: ☐ F ☐ M	
Cédula:		Fecha de Expedición: DD / MM / AAAA		Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	
Lugar de nacimiento:		Dirección domicilio:			
Municipio:		Departamento:			
Estrato: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6		Tipo de residencia: ☐ Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Prestada			
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐ Separado/Divorciado		Número de Personas a Cargo:			
No. de hijos:		Nivel de estudios: ☐ Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnica ☐ Tecnológica ☐ Universitaria ☐ Posgrado			
Profesión:		Empresa:			
Cargo:		Sede:		Teléfono Oficina: Teléfono Residencia:	
Celular:		E-mail:			

2. Registro de Beneficiarios *Aplican condiciones según el servicio.

Nombre(s)	Apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento	Tipo de documento	Identificación
A.			DD / MM / AAAA		No.
B.			DD / MM / AAAA		No.
C.			DD / MM / AAAA		No.
D.			DD / MM / AAAA		No.

* **Asociados Solteros:** aplican divorciados o viudos y sus beneficiarios son padres y/o hijos.
* **Asociados Casados:** aplican en unión libre con más de dos años de convivencia certificada y sus beneficiarios serán cónyuge y/o hijos

3. Información Económica

BALANCE		INGRESOS Y EGRESOS		Descripción otros ingresos	
Total activos	\$	Ingresos mensuales	\$		
Total pasivos	\$	Egresos mensuales	\$		
Total patrimonio	\$	Otros ingresos	\$		
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA ☐ SI ☐ NO					
Tipo de operación: ☐ Importación ☐ Exportación ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Productos financieros en el exterior ☐ Otro tipo de operación / ¿Cuál?					
Id. o núm. de producto	Entidad	Monto	Moneda	País	Ciudad
¿Recibe giros del Exterior? ☐ SI ☐ NO		Valor mensual de los giros recibidos			Concepto

4. Información Personal Sobre Exposición Política y/o Pública (PEP)

¿Es usted responsable/administra recursos públicos? ☐ SI ☐ NO	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otros países? ☐ SI ☐ NO
¿Es usted persona políticamente expuesta (según decreto 1674 de 2016)? Indique el cargo que ocupa: ☐ SI ☐ NO	¿Es usted representante legal de una organización internacional? Indique el nombre de la organización: ☐ SI ☐ NO
¿Es usted una persona con reconocimiento público (Nacional, regional, local)? Indique el cargo público que ocupa: ☐ SI ☐ NO	¿Esta usted vinculado con alguna persona políticamente expuesta en grado: 1ro civil, 2do de consanguinidad, 2do de afinidad? * ☐ SI ☐ NO

* Tipo de vínculo o relación con personas políticamente expuestas: 1ro civil (hijos adoptivos o padres adoptantes) / 2do de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos) / 2do de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del conyugue o compañero(a) permanente de la persona políticamente expuesta.

Vínculo/Relación	Nombre	Tipo de documento	No. de documento	Nacionalidad	Entidad	Cargo	Fecha de vinculación al cargo	Fecha desvinculación del cargo

5. Autorización de Deducciones (Deducciones por vinculación)

Deducciones: ☐ Quincenales ☐ Mensuales

☐ Cuota de admisión (1% del salario básico mensual) \$	Aporte Social: \$
☐ Aporte Social inicial (2.5% del SMMLV) \$	Ahorro Navideño: \$
Total: \$	Ahorro COMFUTURO: \$ Plazo ☐ Meses
	Ahorro VISIÓN FUTURO: \$

6. Certificación de la empresa (Para uso exclusivo de COMFAMA)

Fecha de ingreso: DD / MM / AA	Tipo de Contrato: ☐ Definido ☐ Indefinido	Firma y Sello de la Empresa
Salario Mensual: \$		
Deducciones por otras cooperativas: \$		
Deducciones por embargo: \$		

- Autorizo a mi pagador para que deduzca el valor que las obligaciones contraídas con COMFAMIGOS conformidad con el artículo 142 de la Ley 79 de 1988, las normas que le adiciónen y modifiquen, con las fechas estipuladas y en las condiciones establecidas en las libranzas o pagarés o cualquier otro documento que formalice los diferentes contratos realizados entre COMFAMIGOS y yo. Este dinero deberá trasladarse a COMFAMIGOS en las fechas en que se realice la deducción.
- 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 adiciones.
- Manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adiciones, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo a COMFAMIGOS para cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en el caso de infracción de cualquiera de las obligaciones señaladas en los numerales anteriores de este documento, así como las información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento e igualmente.

- Autorizo a COMFAMIGOS como responsable del tratamiento de datos, mis datos personales. de conformidad con las finalidades descritas en la política disponible para consulta en la página www.comfamigos.coop.
- Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa para que la verifique y así mismo realice las consultas respectivas para la prestación de servicios y cobranza de la cooperativa.

FIRMA DEL ASOCIADO

HUELLA

FECHA VERIFICACIÓN

DD | MM | AAAA

Funcionario que realiza la entrevista y la verificación de datos

