



FORMULARIO DE VINCULACION ASOCIADO

Nombre de la Cooperativa	COOPERATIVA RENACER-NIT 8918021160	Sigla	RENACER O.C.
Oficina	Calle 22 No 9-27 oficina 111 Tunja	Teléfono	3102331837

A. PERSONAS NATURALES

1. Nombres:								
2. Apellidos:								
3. N° Identificación					X	TI	CE	Pas
4. Fecha de nacimiento								
5. Lugar de nacimiento	Departamento			Municipio				
6. Dirección domicilio	Departamento			Municipio				
7. Barrio	Posee vivienda propia		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	X			
8. Teléfono (s)	Correo electrónico:							
9. Nombre de la empresa donde labora				9. Cargo				
10. Dirección Trabajo	Departamento			Municipio		TUNJA		
11. Teléfono(s)	N° de Fax							
12. Ocupación, oficio o profesión	Enfermera Profesional							
13. Administra recursos públicos				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
14. Actividad Económica	CIU							

15. INFORMACION FINANCIERA (\$)	
Ingresos mensuales derivados de su actividad principal	
Otros ingresos (especificar)	
Egresos mensuales	
Total activos	
Total pasivos	

OTROS DATOS

ESTRATO	
NIVEL EDUCATIVO	
CELULAR	
ESTADO CIVIL	
NOMBRE COMPAÑERO Y/O ESPOSO(A)	
CELULAR DE LA PAREJA	

EN CASO DE MI FALLECIMIENTO SOLICITO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE MIS APORTES SEAN ENTREGADOS A:

IDENTIFICACION	PARENTEZCO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO AÑO-MES-DIA	%

--

EN CASO DE MI FALLECIMIENTO TODOS LOS AUXILIOS QUE OTORGA RENACER SOLICITO SEAN ENTREGADOS

A							
IDENTIFICACION	PARENTEZCO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			%
				AÑO	MES	DIA	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE ESTA INFORMACION: DIA: ___ MES: ___ AÑO: 202__

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

ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACIÓN DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE- AUTORIZO A LA COOPERATIVA RENACER PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACIÓN A LA CENTRAL DE RIESGOS. DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

FIRMA DEL ASOCIADO

HUELLA DEL ASOCIADO

28. OBSERVACIONES:

29. FECHA REALIZACION ENTREVISTA AAAA/MM/DD

30. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA

31. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

32. FECHA VERIFICACION INFORMACION AAAA/MM/DD

DOCUMENTOS ANEXOS			PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación				
Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses				
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT				
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal				

APROBADO EN REUNION DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION SEGÚN CONSTA EN EL ACTA No _____

DE FECHA : _____ **AÑO** _____

AVAL: _____ **HUELLA DEL ASOCIADO QUE REFIERE**

FIRMA	
--------------	--

NOMBRE DEL ASOCIADO QUE REFIERE:	OBSERVACIONES
---	----------------------

C.C.No _____

DE _____