



Fecha
 Dia Mes Año

Ciudad	Departamento	TIPO DE PRODUCTO	<input type="checkbox"/>	Cartera de Crédito	<input type="checkbox"/>
Sucursal		Ahorro Ordinaria	<input type="checkbox"/>	Aportes Sociales	<input type="checkbox"/>
Cuenta	Tipo Afiliación (1ra Vez) <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>	CDAT	<input type="checkbox"/>	Otra _____	
		Proveedores	<input type="checkbox"/>		

DATOS DEL SOLICITANTE

Identificación cc <input type="checkbox"/> ce <input type="checkbox"/> rc <input type="checkbox"/> ti <input type="checkbox"/>	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	Lugar de Nacimiento	Estado Civil	Nº Personas a Cargo ##	Numero de Hijos ##
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	Estrato ##	Tiempo de Residencia ___ Años y ___ Meses	Tipo de Arrendador Particular <input type="checkbox"/> Inmobiliaria <input type="checkbox"/>	Nombre del Arrendador	
				Ciudad	Telefono
Dirección		Ciudad	Teléfono	Celular	e-mail
Nivel de Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/>	Tecnico <input type="checkbox"/> Tecnologo <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	Especializacion <input type="checkbox"/> Otro _____	Profesion	Ocupacion Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>
¿Administra Recursos Públicos? Si ___ No ___		CIU	Actividad Económica	Direccion de la Empresa	
¿Por su cargo/actividad ejerce algún grado de poder público? Si ___ No ___			Descripción de la Actividad Económica:		
¿Por su actividad/oficio, goza UD de reconocimiento público? Si ___ No ___					
¿Existe algún vínculo entre UD y una persona considerada PEP? Si ___ No ___					

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS		EGRESOS	
Sueldo	\$	Vivienda	\$
Pensiones	\$	Gastos de Sostenimiento	\$
Rendimientos Financ.	\$	Deducciones de Nomina	\$
Otros Ingresos	\$	Otros Gastos	\$
Descripción otros ingresos		Descripción otros gastos	

DESCRIPCION ACTIVOS

Bien Raiz	Casa <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/>	Valor Comercial \$	Ciudad	Hipotecado si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
	Dirección / Ubicación		Matricula Inmobiliara N°				
Bien Raiz	Casa <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/>	Valor Comercial \$	Ciudad	Hipotecado si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
	Dirección / Ubicación		Matricula Inmobiliara N°				
Vehiculos	Clase	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial	Servicio publico <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/>	Pignorado si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vehiculos	Clase	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial	Servicio publico <input type="checkbox"/> privado <input type="checkbox"/>	Pignorado si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Titulos Valores	Descripción				Valor Comercial \$		
Semovientes	Descripción				Valor Comercial \$		
Produccion Agricola o Comercial	Descripción				Valor Comercial		

REFERENCIAS

Familiar	Nombre	Dirección / Ciudad	Telefono	Parentesco
Personal	Nombre	Dirección / Ciudad	Telefono	
Bancaria	Nombre	Dirección / Ciudad	Telefono	

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

La protección, el buen manejo de la información personal y la protección de la intimidad de nuestros asociados y demás consumidores de nuestros productos y servicios financieros es muy importantes para COPVILLANUEVA., por lo cual hemos diseñado políticas y procedimientos que en conjunto con la presente autorización permiten hacer uso de sus datos personales conforme a la ley. A continuación, le invitamos a leer cuidadosamente el siguiente texto mediante el cual autoriza el tratamiento de su información personal y datos biométricos, así para mi contacto en los términos de la Ley 2300 de 2023: En calidad de titular de la información o representante legal del mismo, autorizo a COPVILLANUEVA a dar tratamiento a mis datos personales para: 1) El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros; 2) La administración de los productos o servicios comercializados a través de COPVILLANUEVA de los que soy titular; 3) La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que COPVILLANUEVA establezca para tal fin; 4) La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Asimismo, COPVILLANUEVA podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. ¿Quiénes están autorizados para utilizar mi información? La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de COPVILLANUEVA, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a las cooperativas financieras (SUPERSO LIDARIA, DIAN, FOGACOP y quienes lleguen a ser delegadas por el gobierno nacional) y a los terceros con quien COPVILLANUEVA establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés. Declaro que como titular de la información 1) me comprometo a actualizar anualmente o ante cualquier solicitud sobre la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la Cooperativa. 2) he sido informado de mis derechos por lo cual me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal, así como a solicitar por cualquier medio a la Cooperativa no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley 1266 de 2008 Habeas Data y 1581 de 2012 protección de datos personales y sus decretos reglamentarios, así como la ley 2300 de 2023 Protección a la Intimidad de los consumidores. 4) COPVILLANUEVA me ha informado sobre los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas, así como para el contactarme en los procesos de cobranza y mercadeo.

AUTORIZO voluntariamente a COPVILLANUEVA para ser contactado a través de:

Teléfono Mensajes de correo electrónico Mensajes de texto SMS/MMS WhatsApp

Los cuales corresponden a los datos y demás información entregada a la entidad, misma que reposa bajo la custodia y responsabilidad en Copvillanueva. Además, autorizó a Copvillanueva que cuando no sea posible mi localización, puedan ubicarme en mi lugar de residencia. Esta autorización permanecerá vigente, hasta tanto sea revocada y podrá ser revocada en los eventos previstos en la ley, y siempre y cuando no exista ningún tipo de relación con COPVILLANUEVA o no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de esta autorización. La información entregada, la he suministrado de forma voluntaria, manifiesto que es verídica y real. No obstante, autorizo a COPVILLANUEVA para que proceda a la verificación de la misma y en el evento de comprobarse que no se ajusta a la realidad, podrá proceder conforme al ordenamiento penal y civil vigentes en Colombia. ACEPTACIÓN DE OPERACIÓN CON EL SISTEMA DE BIOMETRÍA. Acepto con COPVILLANUEVA, que, en el momento de realizar operaciones de acuerdo con los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, a través del sistema biométrico; consistente en que cada operación la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendrá los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con COPVILLANUEVA, Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Igualmente, que la (s) huella(s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podrán ser capturadas y almacenadas en una base de datos de COPVILLANUEVA, o donde corresponda para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o haga uso de un servicio ofrecido. Igualmente, COPVILLANUEVA, queda autorizada para solicitar y refrendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy COPVILLANUEVA, ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la (s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones, utilizaré la(s) huella (s) dactilar (es) registrada (s) en el sistema biométrico. Pero en todo caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de COPVILLANUEVA, pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que COPVILLANUEVA, pueda tomarme fotografías y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transacción y haga uso de la misma para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por COPVILLANUEVA, Igual autorización doy para mi beneficiario(s) o cuando autorice a terceros, estos tendrán mi autorización plena para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aquí se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos, igual hago en el evento que se implante o use cualquier otro medio adicional de identificación. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operación realizada con COPVILLANUEVA.

Firma:

Huella
INDICE DERECHO

Nombre:

Cédula:

Soy Declarante de Renta

Si

No

Soy familiar de un directivo de la Cooperativa

Si

No

Soy directivo de la Cooperativa

Si

No

DOCUMENTOS A ANEXAR

- Fotocopia del Documento de Identidad
- Constancia de ingresos(honorarios,laborales,certificacion de ingresos y retenciones-
- Declaracion de renta del ultimo periodo gravable disponibles

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera:

SI

NO

Cuales : ?

Posee Cuenta en Moneda Extranjera ?

SI

NO

Nro. Cuenta: _____

Banco: _____

Ciudad : _____

Moneda : _____

País: _____

* Declaro que no realizo Transacciones en moneda extranjera.

HUELLA :

FIRMA DEL CLIENTE

INFORMACION DE LA ENTREVISTA

Lugar de la Entrevista _____

Fecha de la Entrevista

Día

Mes

Año

Hora

Resultado :

Aceptada

Rechazada

Nombre del Asesor quien realiza la Entrevista _____



Firma y Cargo Entrevistador

Sucursal

VERIFICACION DE LAS REFERENCIAS

Referencias	Fecha	Hora	Quien Confirma	observaciones
	dd mm aaaa			
	dd mm aaaa			
	dd mm aaaa			

Nombre del Asesor quien Verifica la Informacion _____

Firma y Cargo Verificador

Sucursal



COPVILLANUEVA
DE LA MANO LOGRAMOS PROGRESO Y BIENESTAR PARA TODOS

FORMATO NO. 8
DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Nombres y Apellidos: _____
Documento de Identidad: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo que aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaracion de origen de fondos a COPVILLANUEVA

Con el propósito en nombre propio de dar cumplimiento a lo señalado en la circular externa N. 007 de 1997 expedida por el departamento administrativo nacional de Cooperativas, el estatuto Orgánico del sistema financiero (Decreto 663 de 1993), ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas de ahorros y depósitos a término. Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio profesión, negocio, etc.)

1. Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
2. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione ni efectue transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personal relacionados con la misma.
3. Autorizo a saldar la cuenta que mantengo en esta entidad en caso de infracción de cualquiera de los anuales contenidos en este documento eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento.
4. Me comprometo a suministrar información actualizada anualmente a la entidad.
5. Referencias Personales.

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____ **Teléfono:** _____

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento el día _____ del mes de _____ del año _____ Ciudad: _____

FIRMA

Nombres: _____

Número de Documento: _____



HUELLA INDICE DERECHO