



Asociación Cooperativa de Ahorro, Crédito y Consumo de Empresarios y Profesionales El Águila de Responsabilidad Limitada.

Solicitud de Admisión de Asociado

Fecha

Codigo

I. DATOS PERSONALES

Primer Nombre	Segundo Nombre	Tercer Nombre	Primer Apellido	Apellido Materno	Apellido de Casada
Conocido Por:			Nombre según NIT		
Fecha de Nacimiento	País de Nacimiento		Género		
DUI	Lugar y fecha de expedición			Vencimiento	
NIT	Nivel Académico		Profesión		
Ocupación	Giro				
Actividad económica	¿Declara impuestos?:*				
Teléfono celular	Teléfono residencia	Correo electrónico			
Estado civil	No. de dependientes		Nombre completo cónyuge		

II. DATOS PARA EL MENOR DE EDAD

No. de Partida Nacimiento	No. de Carnet Minoridad	Fecha vencimiento
---------------------------	-------------------------	-------------------

III. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Dirección			
País de Residencia	Departamento	Municipio	

IV. INFORMACIÓN LABORAL

Lugar de trabajo/Negocio			
Cargo	Fecha de ingreso a la Empresa/Fecha de inicio del Negocio		
Teléfono	Dirección		
País	Departamento	Municipio	

V. INFORMACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE

¿Usted ejerce o ha ejercido un cargo político?	En caso de sí, detalle el cargo político		
Período de gestión: del	al	¿Es o ha sido una persona relacionada?	En caso de sí, detalle el vínculo
Nombre del relacionado o familiar			
Cargo político del relacionado o familiar		Período de gestión: del	al
¿Usted ejerce o ha ejercido un cargo de exposición pública?	En caso de sí, detalle la exposición pública		
En caso de otros, especifique			
¿El objetivo de la vinculación está encaminado a manejar recursos de campaña o partidos políticos?			

VI. DATOS PARA PERSONAS DEPENDIENTES (aplica cuando la Actividad Económica es dependiente)

Motivo de la dependencia			
Nombre de la persona que lo sostiene	Relación con la persona que lo sostiene		
¿Qué actividad desarrolla la persona que sostiene?	Ingresos mensuales que recibe		
En caso de otros, especifique			

VII. DATOS DEL REPRESENTANTE / APODERADO (aplica si la solicitud es a través de Apoderado o Representante del Menor de Edad)

Nombre del Representante / Apoderado	DUI	Fecha vencimiento
NIT	Pasaporte	Ocupación
Nacionalidad	Tipo de Poder	Vencimiento de poder
Dirección		
¿Usted ejerce o ha ejercido un cargo político?	En caso de sí, detalle el cargo político	
Período de gestión del	al	

VIII. DETALLE DE BENEFICIARIOS

Nombre	Tipo Documento	Numero documento	Parentesco	Telefono	Porcentaje	Direccion

IX. RAZON DE ASOCIACION

¿ Por qué desea ser Asociado de esta Cooperativa?

X. FIRMA DEL CLIENTE / REPRESENTANTE / APODERADO

Declaro bajo juramento que la información proporcionada es correcta y autorizo a la Asociación Cooperativa El Águila para que confirme su veracidad a través de los medios que considere convenientes. Me comprometo a mantener actualizada la información, comunicando de manera inmediata cualquier cambio en la misma. Declaro que mi nombre no está incluido en la Oficina del Control de los Activos de los Extranjeros (OFAC), o en cualquier otra lista de similar naturaleza o en alguna de carácter nacional y/o internacional en la que se publiquen los datos de las personas a quienes se les haya iniciado proceso judicial o que hayan sido sancionadas y/o condenadas por las autoridades nacionales e internacionales, de manera directa o indirecta, con actividades ilegales, tales como narcotráfico, terrorismo o su financiación, lavado de dinero y activos-, tráfico de estupefacientes, secuestro, extorsiones y trata de personas, entre otras.

Firma del Cliente / Representante / Apoderado

XI. USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA (funcionario que entrevista al cliente)

Declaro que la información brindada se obtuvo a través de la entrevista con el cliente.

Nombre de Ejecutivo	
Agencia	

Resolución: _____ Numero de consejo de Administracion: _____ de Fecha: _____

Firma del Consejo
Administrativo

Responsable

Tesorero