



Solicitud Unica de Vinculación - Persona Natural

La solicitud debe ser diligenciada en letra imprenta con tinta negra o a máquina, sin enmendaduras ni tachones

Tipo de vinculación: Asociado Cliente

Ciudad	Código Asociado	Fecha de solicitud	Fecha de aprobación		
		Año Mes Día	Año	Mes	Día
Acta No.	Oficina que vincula	Aprobado por:		Comité Regional de Administración <input type="checkbox"/>	Comité Zonal de Administración <input type="checkbox"/>
Apellido(s) y nombre(s) del Promotor		Identificación:		No.	
		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA			

Foto reciente

Información Personal

Oficina de Coomeva donde desea recibir su servicio					
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Segundo nombre		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
Año Mes Día		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Edad	
Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> Pasaporte		<input type="checkbox"/> Carnet Diplomático No. _____			
Lugar de expedición		Fecha de expedición		Teléfono celular	
Año Mes Día				Correo electrónico	
Estado civil		Personas a cargo:		Menores 18 años _____	
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		Adultos _____			
Señale la forma de vinculación a Coomeva como:					
Profesional <input type="checkbox"/> Recién Graduado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>		Promotor Coomeva <input type="checkbox"/> Familiar Asociado <input type="checkbox"/> Empleado Coomeva <input type="checkbox"/>		Educación para el trabajo y desarrollo humano <input type="checkbox"/> Empleado Especial <input type="checkbox"/>	
Nivel académico:					
Doctorado <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>					
Vivienda		Apellido(s) y Nombre(s) del arrendador			
Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>					
Teléfono del arrendador		Estrato: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			
Dirección residencia actual			Barrio		Ciudad y Departamento
Teléfono residencia		Dirección Empresa (Comercial)			
Barrio		Ciudad y Departamento		Teléfono-Ext. Fax	
Dirección familiar cercano		Barrio		Ciudad y Departamento Teléfono	
Envío de correspondencia:		Fecha de corte		5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/>	
Residencia <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Familiar cercano <input type="checkbox"/>					

Servicios que le interesaría adquirir al vincularse a Coomeva

Servicios Multiactivos Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario <input type="checkbox"/> Seguros <input type="checkbox"/> Recreación y Cultura <input type="checkbox"/> Servicios Exequiales <input type="checkbox"/> Desarrollo Empresarial <input type="checkbox"/> Programas de Educación <input type="checkbox"/>		Servicios de Salud Medicina Prepagada <input type="checkbox"/> E.P.S <input type="checkbox"/> Salud Oral <input type="checkbox"/> Emergencia Médica <input type="checkbox"/>	
Servicios de Ahorro Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> C D A T <input type="checkbox"/> Cuenta Coomevita <input type="checkbox"/> FLEXIRENTA <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> Plan de Ahorro Programado <input type="checkbox"/> Chequcuenta <input type="checkbox"/>		Servicios de Crédito Creación, Fortalecimiento y recuperación de Empresas <input type="checkbox"/> Propiedad Raíz <input type="checkbox"/> Libre Inversión <input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Pago de Obligaciones <input type="checkbox"/>	

Información profesional académica: * Para recién graduado (menor de 5 años) la fecha de grado, para estudiantes fecha de terminación de materias.

Título	Nombre de la Institución	Ciudad	Fecha *		
			Año	Mes	Día

Información económica

Ingresos mensuales		Gastos mensuales	
Sueldo	\$ _____	Arriendos	\$ _____
Honorarios/Comisiones	\$ _____	Gastos personales/ Familiares	\$ _____
Ingresos familiares	\$ _____	Gastos financieros (Créditos, T.C., etc)	\$ _____
Otros ingresos	\$ _____	Total gastos	\$ _____
Total ingresos	\$ _____	Disponible (Ingresos-Gastos)	\$ _____
Ahorros e inversiones:	_____		

Información Familiar (Conyugue si es casado, padre y/o madre si es soltero)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación : <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> T. I. No. _____
Fecha de nacimiento Año Mes Día	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ocupación o cargo actual	Dependencia económica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ingresos \$
Nivel académico: Doctorado <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>				Profesión
Actividad laboral Asalariado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Nombre de la empresa	Dirección de la empresa	Teléfono	

Actividad económica principal del Solicitante

<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Socio-Sociedad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Jubilado	Nombre empresa o establecimiento	Tipo de empresa
Actividad Empresa	Código C.I.I.U. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ocupación o cargo actual
Fecha de ingreso		Año Mes Día

Patrimonio

Bienes inmuebles (Casa - Apto. - Lote - Finca)						
Tipo Inmueble	Dirección	Valor comercial	Hipoteca a favor de	Valor pendiente de pago (Deuda)		
Vehículos (Clase: Moto, auto, campero, camioneta, bus) (Marca/Referencia: Mazda 323 Nx)						
Vehículo/clase	Valor comercial	Marca/Referencia	No. placa	Modelo	Valor pendiente de pago (Deuda)	Reserva de dominio con
Otros bienes (Describir acciones, bonos, maquinaria, semovientes, etc.)						
Descripción			Valor comercial	Pignorado		

Compromisos y obligaciones financieras vigentes distintos a Coomeva, préstamos, hipotecas y tarjetas de crédito

Entidad	Valor crédito/ Cupo actual	Saldo actual	Cuota mes

Referencia familiar

Nombre	Parentesco	Dirección	Ciudad	Teléfono

Referencias personales (Relacione dos profesionales no asociados)

Nombre	Profesión	Dirección	Ciudad	Teléfono

Referencias comerciales

Nombre del establecimiento	Dirección	Teléfonos

Referencias financieras

Nombre	Sucursal	Tipo de producto			
		Ahorro <input type="checkbox"/>	Cta. Cte. <input type="checkbox"/>	Portafolio <input type="checkbox"/>	Tarj. créd. <input type="checkbox"/>
		Ahorro <input type="checkbox"/>	Cta. Cte. <input type="checkbox"/>	Portafolio <input type="checkbox"/>	Tarj. créd. <input type="checkbox"/>

Operaciones Internacionales

Realiza operaciones en moneda extranjera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Si su actividad económica implica transacciones en Moneda Extranjera, señale los tipos de transacción:				
Importaciones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Préstamos en moneda Extranjera <input type="checkbox"/>	Pagos de servicios <input type="checkbox"/>
Otras <input type="checkbox"/>	Cuáles? _____			

Descripción de las cuentas corrientes en moneda extranjera

Nombre del banco	Número de la cuenta	Ciudad	País	Moneda

Solicitud de ingreso al Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad

Esta solicitud forma parte del Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad en el momento de ser aceptado el aspirante como Asociado de la Cooperativa y no compromete a ninguna de las partes mientras no se formalice la aceptación al servicio por parte de Coomeva.

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Identificación : <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T. I. <input type="checkbox"/> PA				Peso	Estatura	Nombre de la EPS	
No. _____							
Declaración del estado de salud							
<p>Marcar con una " X " si su respuesta es afirmativa o negativa.</p> <p>A) Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente:</p>							
		Si	No			Si	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Desmayos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20) Cirugía de mamas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Accidente cerebral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21) Hipertensión arterial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Tumores en cerebro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22) Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Enfermedades neurológicas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23) Infarto de miocardio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Trauma craneo encefálico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24) Soplos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Convulsiones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25) Enfermedades de las válvulas cardiacas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Poliomelitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26) Reumatismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Sordera		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27) Enfermedades congénitas del corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Otitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28) Tuberculosis pulmonar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Cirugía del oído		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29) Enfisema pulmonar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Defecto de la visión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30) Asma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Estrabismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31) Cirugía del corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Catarata		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32) Cirugía del pulmón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Cirugía ocular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33) Ulcera gastrica o duodenal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Desviación del tabique nasal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34) Hernia diafragmática		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Cirugía de la nariz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35) Reflujo gástroesofágico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Bocio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36) Cálculos biliares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Masas de cuello		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37) Pancreatitis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Tumores, quistes en mamas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38) Hernia umbilical		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>B) Si su respuesta es afirmativa se debe detallar la fecha, tipo de tratamiento y resultado.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>							

Señor(a) Asociado(a); antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

En caso de haber contestado **NO** en las preguntas correspondientes a la declaración del estado de salud, Declaro y Afirmo: Que mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido enfermedades congénitas o afecciones tales como: cardiovasculares, sida, hipertensión arterial, cáncer ni diabetes y en la actualidad no sufro enfermedades crónicas, afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas diferentes a las relacionadas en la anterior declaración de salud en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial. En caso de encontrarse una preexistencia declarada o comprobada por la Cooperativa exoneró al Fondo de Solidaridad de pagar los auxilios que tengan como causa las lesiones o enfermedades preexistentes. Tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento de que el presente valor de protección se aprueba en consideración a la veracidad de estas declaraciones y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, éste será ineficaz. En constancia de lo anterior firmo en el reverso del presente documento lo referente al Servicio de Previsión, Asistencia y Solidaridad que forma parte integrante de la solicitud única de vinculación.

Uso exclusivo de Coomeva

Concepto Auditoría Médica							
Aceptado		Con limitaciones		Con examen médico		Nivel de riesgo	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Código		Limitación					
Carta de Bienvenida						Fecha	
Manual <input type="checkbox"/>	Automática <input type="checkbox"/>	Firma y sello de Auditoría Médica _____		Año		Mes	Día

Inscripción de Beneficiarios : (Para Asociados afiliados y NO afiliados al Fondo Mutual de Solidaridad)

En caso de mi muerte declaro y designo como Beneficiario(s) de los Auxilios a que tengo derecho de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad a las siguientes personas:

Identificación		Parentesco	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	%	Fecha nacimiento			Sexo	
Tipo	Número							Año	Mes	Día	F	M

Nota: Los porcentajes designados a estos beneficiarios deben sumar el 100%.

Tipo de documento de identidad: **CC:** Cédula Ciudadanía **CE:** Cédula Extranjería **TI:** Tarjeta identidad **PA:** Pasaporte **RC:** Registro civil **EJ:** Entidad jurídica

Información de familiares directos para el Auxilio por gastos Funerarios

Identificación		Parentesco	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha nacimiento			Sexo	
Tipo	Número						Año	Mes	Día	F	M

Únicamente padres, hijos hasta 30 años (consanguíneos o por adopción), hijos discapacitados sin límite de edad (consanguíneos o por adopción), cónyuge o compañero(a).

Los asociados que carezcan de familiares directos, estarán exentos de la contribución por este auxilio, Para estos casos el Asociado debe presentar comunicación escrita con su firma y huella.

Los beneficiarios que se encuentren inscritos previamente por otro asociado o sean asociados, no quedarán cubiertos por usted para este auxilio.

Contribución mensual a los Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario y Otros Conceptos

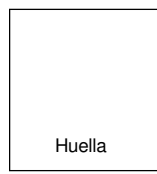
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Edad de Perseverancia</th> <th>Valor de Protección (P)</th> <th>Factor(F)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perseverancia 60 años <input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Perseverancia 62 años <input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Perseverancia 65 años <input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Muerte adicional <input type="checkbox"/></td> <td>\$ _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Edad de Perseverancia	Valor de Protección (P)	Factor(F)	Perseverancia 60 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	Perseverancia 62 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	Perseverancia 65 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	Muerte adicional <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Auxilio Funerario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cuota Mensual <input type="checkbox"/></td> <td>Cuota Unica <input type="checkbox"/> Plazo _____ meses</td> </tr> </tbody> </table> <p>Cuota Mensual Solidaridad = (P x F) Cuota Mensual Auxilio Funerario = (SMMLV x % SMMLV) Consultar la tabla de factores en el plegable informativo</p>	Auxilio Funerario		Cuota Mensual <input type="checkbox"/>	Cuota Unica <input type="checkbox"/> Plazo _____ meses
Edad de Perseverancia	Valor de Protección (P)	Factor(F)																		
Perseverancia 60 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____																		
Perseverancia 62 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____																		
Perseverancia 65 años <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____																		
Muerte adicional <input type="checkbox"/>	\$ _____	_____																		
Auxilio Funerario																				
Cuota Mensual <input type="checkbox"/>	Cuota Unica <input type="checkbox"/> Plazo _____ meses																			

Edad actual	Valor protección acumulada \$	Valor SMMLV (S) \$	% SMMLV (Según tipo de vinculación)	Solidaridad \$
-------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------------	-------------------

Solicito ser aceptado como Asociado de Coomeva. Declaro expresamente que me someto voluntariamente a sus Estatutos y Reglamentos, como también a cancelar mensualmente las obligaciones que adquiera. Así mismo, garantizo que la información suministrada por mí es exacta y convengo que la misma será parte integrante del Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad. Si se comprobare en cualquier tiempo que en la información suministrada ha habido de mi parte falsedad, omisión, error o reticencia que de haber sido conocida por la administración de los Fondos la hubieran inducido a rechazar la solicitud o disminuir la cuantía del valor de protección o cobrar una contribución superior, acepto la determinación de no ser recibido como parte de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad o el ajuste del valor de protección a elección de la Cooperativa. Además autorizo a los médicos, profesionales e Instituciones de la salud para que suministren a la administración del Fondo los datos actuales e históricos sobre mi estado de salud y a entregar mi Historia Clínica, esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento y acepto las preexistencias contenidas en esta información para que los utilicen en todos los actos implícitos del servicio en cualquier momento y declaro bajo juramento reconocer y aceptar el Reglamento de los Servicios Mutuales de Previsión, Asistencia y Solidaridad y manifiesto haber recibido un ejemplar del mismo el cual podrá ser derogado en cualquier momento por el Consejo de Administración y en tal caso me adhiero de manera voluntaria a los cambios establecidos en las condiciones del servicio cuando este órgano así lo estime conveniente.

Auxilio funerario \$
Aportes \$
Fondo Calamidad \$
Recreación y Cultura \$
TOTAL \$

Firma del solicitante: _____



Autorizaciones para Consulta/Reporte y compartir información

Autorizo a Coomeva y cualquiera de las entidades que pertenezcan a su Grupo Empresarial o a quien represente sus derechos u obste en el futuro la calidad de acreedor, en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos y de información interbancaria o comercial, consulte, informe, reporte, procese o divulgue, a las Centrales de Información y Riesgo, en especial a la CIFI que administra la Asociación Bancaria, todo lo referente a mi comportamiento como cliente en general, y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro.

Igualmente autorizo a Coomeva y a las entidades que pertenezcan a su Grupo Empresarial o a quien represente sus derechos u obste en el futuro la calidad de acreedor, con carácter permanente e irrevocable, para consultar ante la Asociación Bancaria o frente a cualquier otra Central de Información, mi endeudamiento, la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo.

Lo anterior implica que la información reportada permanecerá en la base de datos durante el tiempo que la misma ley establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones.

La autorización aquí contenida se extiende al Grupo Empresarial y de control de Coomeva o al que llegare a pertenecer en los términos del numeral 1° del artículo 119 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y de los Artículos 26 y siguientes de la ley 222 de 1995 y a sus vinculadas, respectivamente. En consecuencia, dichas entidades u otras entidades afiliadas a la Central de Información del Sector Financiero CIFI, o cualquier otra Central de Información, conocerán mi comportamiento presente, pasado y futuro relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones.

Igualmente autorizo a Coomeva y a las entidades que pertenezcan o llegaren a pertenecer a su grupo de control y/o Grupo Empresarial, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, para que compartan y accedan a la información y/o documentación referente a mí, consignada o anexa en las solicitudes de vinculación, actualizaciones, en los diferentes documentos de depósito y/o crédito u operaciones y/o sistemas de información, así como información y/o documentación relacionada con los productos y/o servicios que poseo en cualquiera de las entidades a las cuales se extiende la presente autorización, en los términos del numeral 1° del artículo 119 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y al grupo de control de Coomeva o al que llegare a pertenecer en los términos de los artículos 26 y siguientes de la ley 222 de 1995 y a sus vinculadas.

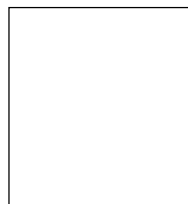
Con la presente solicitud de vinculación, se recauda información general de cliente para efectos de una posible vinculación del cliente a otras entidades del grupo empresarial o para la posible vinculación a otros productos o servicios. En consecuencia, autorizo la remisión de la información y/o documentación a las entidades del Grupo Empresarial a las que sucesivamente me vincule.

Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial de Coomeva o con quien represente sus derechos y me comprometo a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Yo _____, identificado con documento de identidad No. _____ autorizo para que los dineros que quedan a mi favor al momento de retirarme de la Cooperativa Multiactiva sean utilizados para cubrir mis obligaciones vencidas con las empresas del Grupo Coomeva.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo la presente solicitud de vinculación.

Firma del Solicitante



Huella

Firma Comité Regional/Zonal de Admón./Asuntos Asociado

Unidad Gestión Asociados

Cooperativa Financiera

Firma Funcionario Coomeva

Fecha y hora de la entrevista: _____