



FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación		
	UNICA	DD	MM	AA

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos												Sexo		
												M	F	
Tipo de Documento						Número			Expedida en			Fecha de Expedición		
C.C.	C.E.	T.I.	R.C.	PP								DD	MM	AA
Estado Civil (Seleccione)						Tipo de vivienda			Zona Ubicación					
Soltero	Casado	Divorciado	U. Libre	Viudo		Propia	Arrendada	Familiar		Rural	Urbano			
Nivel educativo									No. Personas a cargo					
Primaria	Bachiller	Tecnico	Universitario	Especialización	Maestria									
Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento			Direccion Domicilio						Telefono		
DD	MM	AA												
Ciudad			Departamento			Correo Electronico						No. Celular		
Ocupación (Seleccione)									Actividad Principal CIU					
Estudiante	Independiente	Empleado	Hogar		Jubilado	Menor de edad								
Detalle Actividad Económica						Descripción del CIU								

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal						Tipo de Documento			Número		
						C.C.	C.E.	P.P			
Direccion						No. Telefono			Celular		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio						Tipo de Empresa o Negocio						
						Publica	Privada	Mixta	Otra, cual?			
CARGO												
Dirección de empresa o negocio						Ciudad			Barrio		No. Teléfono	
Fecha Ingreso laboral		DD	MM	AA	Escalaf	Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente				SI	NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales						Total Egresos mensuales					
Otros Ingresos Mensuales						Otros Egresos Mensuales					
Total Activos						Total Pasivos					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes	Año	Es declarante?				SI	NO
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:											

4. REFERENCIAS

Personal	Nombres y Apellidos		Dirección		Teléfono	
Familiar	Nombres y Apellidos		Dirección		Teléfono	
	Parentesco					

						FECHA DE NACIMIENTO		
DATOS HIJOS	Nombres y Apellidos		C.C. T.I. o R.C.		DD	MM	AA	
	Nombres y Apellidos		C.C. T.I. o R.C.		DD	MM	AA	
	Nombres y Apellidos		C.C. T.I. o R.C.		DD	MM	AA	

EN CASO DE FALLECIMIENTO DEJO EL 100% DE MIS APORTES A:			%	Fecha de Nacimiento			PARENTESCO
Nombres y Apellidos		C.C. T.I. o R.C.		DD	MM	AA	
Nombres y Apellidos		C.C. T.I. o R.C.		DD	MM	AA	
Nombres y Apellidos		C.C. T.I. o R.C.		DD	MM	AA	

5. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: _____ y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a **COOMADENORT** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para:

1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con **COOMADENORT**, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que **COOMADENORT** me suministre

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por **COOMADENORT**. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a **COOMADENORT** no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) **COOMADENORT** me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.

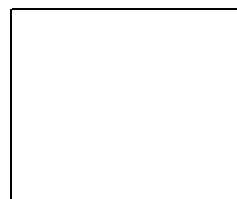
6. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	Empleados y Pensionados	Hogar	Menor de edad y	Independiente e Obligados	Independiente No	PEPS
Formato de Vinculación Persona Natural debidamente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X	X
Fotocopia de la cédula de ciudadanía al 150% para colombianos y extranjeros nacionalizados (mayores de 18 años)	X	X	X	X	X	X
Fotocopia Tarjeta de Identidad (cuando aplique)			X			
Fotocopia Registro civil de nacimiento (cuando aplique)			X			
Fotocopia de la cédula de extranjería para extranjeros no nacionalizados - si la tiene						X

7. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Firma Solicitante o Representante Legal



Huella Índice Derechc

8. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar	Fecha			Hora	
	DD	MM	AA		
Resultado	Aceptado				Rechazado
Observaciones					
Nombre y firma Asesor oficina					

9. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha			Hora		Teléfono
DD	MM	AA			
Nombre de la persona que atendió				Parentesco	
Confirmación de la dirección				SI	NO
Aceptado	<input type="checkbox"/>	Rechazado	<input type="checkbox"/>	Observaciones	

Nombre y firma Asesor oficina que verifica

