



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO EMPLEADOS DE LA CONTRALORIA GENERAL, .RL.  
SOLICITUD DE INGRESO/CONOZCA A SU CLIENTE – PERSONA NATURAL**

**BIENVENIDA Y REQUISITOS**

\_\_\_\_\_ **PRIMER INGRESO** \_\_\_\_\_ **REINGRESO** \_\_\_\_\_

Le damos la bienvenida y agradecemos su decisión de formar parte de esta Cooperativa. Luego de su inscripción le invitamos a participar de nuestras diferentes actividades, grupos y comités de trabajo. Le solicitamos llenar el siguiente formulario con todos sus datos, para cumplir con lo establecido en la Ley 23 del 27 Abril de 2015, que regula las políticas y procedimientos para la Prevención del Delito de Blanqueo de Capitales, el Financiamiento del Terrorismo y la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y dictas otras disposiciones:

- |   |  |                            |
|---|--|----------------------------|
| 1. Fotocopia de ambas caras de la cédula, lic. conducir o carnet de trabajo | 3. Pagar cuota de ingreso                                  | 6. Carnet de Jubilado      |
| 2. Dos fotos tamaño carnet  | 4. Fotocopia de recibo de luz, agua o teléfono actualizado | 7. Referencias Comerciales |
|   | 5. Copia de talonario                                      |                            |

**DATOS PERSONALES**

Primer Nombre:		Apellido (s):	
Segundo Nombre:		Apellido de Casada:	
Nº de Asociado o Tercero:	Nº Cédula o Pasaporte:	Sexo	Masculino: _____ Femenino: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Tipo de Sangre:	Pertenece a otra Coop.: SI _____ NO _____	Estado Civil:	Soltero: _____ Casado: _____ Viudo: _____
Dirección Residencial:	País:	Estado / Provincia:	Ciudad / Distrito:
Corregimiento/ Barriada:		Calle o Ave.:	
Nombre del Edificio:	Casa Nº/ Piso Nº/ Apartament:	No. Dependientes y nombre Esposa:	
Punto de Referencia			
Teléfonos Residencial:	Celular:	E- Mail:	Profesión/Ocupación:

**INFORMACIÓN LABORAL**

Condición Laboral: Empleado: _____ Jubilado: _____ Independiente: _____ Desempleado: _____ Otro: _____ (Especif que): _____			
Institución /Empresa donde Trabaja:		Condición del Nombramiento: Permanente: _____ Contrato: _____ Otro _____ Especifique: _____	
Inicio de Labores:		Min: _____ Plan: _____ Posición: _____	
Departamento/ Sección:		Cargo que Ocupa:	Tiempo de Servicio:
Dirección Laboral:	País:	Estado /Provincia:	Ciudad / Distrito:
Corregimiento:		Barriada	
Calle/Ave.	Edificio	Casa/Piso/Apart.	
Teléfonos:		E-mail	
Si es independiente detalle su actividad económica			
Realiza Operaciones Internacionales SI _____ No _____		Con el Estado SI _____ No _____	

**PEP/PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA**

Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país. Desde su nombramiento hasta 2 años después de haber sido separado del cargo.

¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Cargo Actual o Anterior: \_\_\_\_\_

¿Es usted conyugue, padre, hermano, hijo o estrecho colaborador de un PEP? SI: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
Si su respuesta es SI, indique nombre y cargo de PEP: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS BANCARIAS**

Cuenta de Ahorro Nº:	Banco:
Cuenta de Ahorro Nº:	Banco:

**REFERENCIAS COMERCIALES**

Nombre del Establecimiento:	Teléfono:
Nombre del Establecimiento:	Teléfono:

**REFERENCIAS PERSONALES** (Parientes y amistades cercanas que no vivan con el cliente)

Nombre:	Relación:	Dirección	Teléfono:



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO EMPLEADOS DE LA CONTRALORIA GENERAL, .RL.  
SOLICITUD DE INGRESO/CONOZCA A SU CLIENTE – PERSONA NATURAL**

**BIENVENIDA Y REQUISITOS**

\_\_\_\_\_ **PRIMER INGRESO** \_\_\_\_\_ **REINGRESO** \_\_\_\_\_

Le damos la bienvenida y agradecemos su decisión de formar parte de esta Cooperativa. Luego de su inscripción le invitamos a participar de nuestras diferentes actividades, grupos y comités de trabajo. Le solicitamos llenar el siguiente formulario con todos sus datos para cumplir con lo establecido en la Ley 23 del 27 Abril de 2015, que regula las políticas y procedimientos para la Prevención del Delito de Elanqueo de Capitales, e Financiamiento del Terrorismo y la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y dictas otras disposiciones:

- |  |  |                            |
|--|--|----------------------------|
| 1. Fotocopia de ambas caras de la cédula lic. conducir o carnet de trabajo | 3. Pagar cuota de ingreso                                  | 6. Carnet de Jubilado      |
| 2. Dos fotos tamaño carnet   | 4. Fotocopia de recibo de luz, agua o teléfono actualizado | 7. Referencias Comerciales |
|  | 5. Copia de talonario                                      |                            |

**DATOS PERSONALES**

Primer Nombre:		Apellido (s):	
Segundo Nombre:		Apellido de Casada:	
Nº de Asociado o Tercero:	Nº Cédula o Pasaporte:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino:	
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Tipo de Sangre:	Pertenece a otra Coop.: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero: <input type="checkbox"/> Casado: <input type="checkbox"/> Viudo: <input type="checkbox"/>	
Dirección Residencial:		País:	Estado / Provincia:
Corregimiento/ Barriada:		Calle o Ave.:	
Nombre del Edificio:		Casa Nº/ Piso Nº/ Apartamento:	No. Dependientes y nombre Esposa:
Punto de Referencia:			
Teléfonos Residencial:	Celular:	E- Mail:	Profesión/Ocupación

**INFORMACIÓN LABORAL**

Condición Laboral: Empleado: <input type="checkbox"/> Jubilado: <input type="checkbox"/> Independiente: <input type="checkbox"/> Desempleado: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> (Especifique): _____			
Institución /Empresa donde Trabaja:		Condición del Nombramiento: Permanente: <input type="checkbox"/> Contrato: <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
Inicio de Labores:		Min: _____ Plan _____ Posición: _____	
Departamento/ Sección:		Cargo que Ocupa:	Tiempo de Servicio:
Dirección Laboral:	País:	Estado /Provincia:	Cuidad / Distrito:
Corregimiento:		Barriada	
Calle/Ave.	Edificio	Casa/Piso/Apart.	
Teléfonos		E-mail	
Si es independiente detalle su actividad económica			
Realiza Operaciones Internacionales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Con el Estado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**PEP/PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA**

Las personas políticamente expuestas son aquellas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país. Desde su nombramiento hasta 2 años después de haber sido separado del cargo.

¿Es usted una Persona Politicamente Expuesta? SI:  NO:  Cargo Actual o Anterior: \_\_\_\_\_

¿Es usted conyugue, padre, hermano, hijo o estrecho colaborador de un PEP? Si  No   
Si su respuesta es Sí, indique nombre y cargo de PEP: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS BANCARIAS**

Cuenta de Ahorro Nº:	Banco:
Cuenta de Ahorro Nº	Banco:

**REFERENCIAS COMERCIALES**

Nombre del Establecimiento :	Teléfono:
Nombre del Establecimiento:	Teléfono:

**REFERENCIAS PERSONALES** (Parientes y amistades cercanas que no vivan con el cliente)

Nombre:	Relación:	Dirección:	Teléfono:

### FONDO FUNERARIO

Los siguientes familiares estarán cubiertos bajo el Fondo Funerario:

Nombre del Dependiente	Cédula	Parentesco

**Cancelación de Beneficiarios:** Cancélese la designación anterior e inclúyase los nuevos beneficiarios según cuadro Adjunto Firma del Asociado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### CONSULTA DE DATOS

- 1.-Autorizo a la Cooperativa para que solicite, obtenga información y documentos relacionados con mi persona, ya sea de oficinas públicas o privadas tanto a nivel nacional como internacional.
- 2.-La Cooperativa y las personas que suministren información quedan relevados de toda responsabilidad por cualquier dato que faciliten.
- 3.-Autorizo irrevocablemente a la Cooperativa verificar mis referencias bancarias, comerciales y personales suministradas, así como intercambiar información con otros Bancos y Asociaciones de crédito y con sus corresponsables, en cumplimiento con lo dispuesto en la ley 24 de Mayo de 2002.

Firma: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DECLARACION FINAL

Declaro bajo juramento que:

Las informaciones consignadas son exactas y verdaderas. Los valores, instrumentos y medios de pagos objeto de operaciones efectuadas o a efectuar con vuestra institución tienen un origen y un propósito lícito, en términos de las leyes y regulaciones vigentes en materia de prevención del delito de Blanqueo de Capitales de las cuales tengo pleno conocimiento. (Ley 23 de 27 de Abril de 2015).

Firma: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### USO ADMINISTRATIVO

El cliente fue referido por \_\_\_\_\_: Se acercó personalmente  
\_\_\_\_\_ : Otro cliente

Gestión Directa de:

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

Perfil de Riesgo: \_\_\_\_\_ Verificación por el Oficial de Cumplimiento: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la Cooperativa: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### REVISION

#### Pendiente

Datos Personales	_____ Completo	_____ Incompleto
Información Laboral	_____ Completo	_____ Incompleto
Referencias Personales	_____ Completo	_____ Incompleto
Referencias Bancarias	_____ Completo	_____ Incompleto
Referencias Comerciales	_____ Completo	_____ Incompleto
PEP	_____ Completo	_____ Incompleto
FATCA	_____ Completo	_____ Incompleto
Designación de Beneficiarios	_____ Completo	_____ Incompleto
Fondo Funerario	_____ Completo	_____ Incompleto
Perfil Financiero y Transaccional	_____ Completo	_____ Incompleto

Captado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PARA USO DE LA JUNTA DE DIRECTORES

En reunión celebrada por la Junta de Directores el Día \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ se estudió la Solicitud presentada la cual ha sido Aprobada \_\_\_\_\_ Rechazada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente (a)

\_\_\_\_\_  
Secretario (a)