

AGENCIA u OFICINA DE PERTENENCIA

FECHA:

DD MM AAAA

INFORMACIÓN PERSONAL - PN

Nombres completos		1° Apellido		2° Apellido		Edad	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Tipo de Identific. TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/>	N° de Identificación	Fecha y Lugar de expedición del documento: M D A			Fecha y lugar de nacimiento M D A			
Dirección Residencia del núcleo familiar:		Departamento		Ciudad / Municipio		Barrio		Estrato
Teléfono Fijo ó Celular:	Correo Electrónico:			Dirección de correspondencia (domicilio):				
Otra información de contacto:				Asociado a Financiera Coagrosur: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Trabaja en Financiera Coagrosur: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Antigüedad como asociado: (en años):

INFORMACIÓN ACADÉMICA / UNIVERSITARIA

Nombre de la Institución Universitaria pública				NIT:		Codigo SINES:	
Dirección:		Departamento		Ciudad / Municipio		Tipo de carrera: Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	
Nombre completo de la carrera:				Código de la carrera:		N° del semestre a cursar:	
Duración del programa Académico:		Puntaje ICES (si ingresa a primer semestre pregrado):		Periodicidad del programa académico (semestre o años):		Puntaje pregrado (Si ingresa a primer semestre de Posgrado):	
Jornada Educativa: Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Otro: _____				Recibe algún subsidio educativo del Estado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique cual: _____			
Costo del semestre a cursar (matricula ordinaria): \$		Código o cuenta del banco para pagos:		Tipo de cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Convenio: <input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA / OCUPACIÓN

Profesión / ocupación u oficio:		Nombre de la Empresa o lugar donde trabaja:			Cargo que desempeña:		
Dirección:		Departamento		Ciudad / Municipio		Telefono:	
						Tipo de empresa: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>	
Total de activos: \$		Total pasivos: \$		Total patrimonio: \$		Ingresos mensuales \$	
Egresos Mensuales: \$		Otros ingresos mensuales: \$		Concepto otros ingresos mensuales:		Maneja Recursos Público: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
						Goza de reconocimiento Público: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
						Ejerce algún grado de poder Público: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Existe algún vínculo entre usted y una persona Públicamente expuesta: SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>				Realiza operaciones en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ NO <input type="checkbox"/>		Tipo de operación internacional:	
N° de Producto:		País :		Ciudad:		Monto:	
						Moneda:	
Tipo de Producto:(Cuenta Corriente, Cta de Ahorros)							

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS: Declaro que los fondos y bienes que poseo, así como los recursos que manejo, provienen del desarrollo de actividades lícitas. De igual modo, declaro y me comprometo a no involucrar a FINANCIERA COAGROSUR o el ICETEX con actividades ilícitas que puedan servir como instrumento para cometer el delito de Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo. CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS : Autorizo de manera expresamente e irrevocable a FINANCIERA COAGROSUR o a quien represente sus derechos para que, consulte solicite, suministre, reporte, procese y divulgue toda información que se refiere a mi comportamiento.

FIRMA EL PRESENTE FORMATO DE CONVOCATORIA

FIRMA DEL ASPIRANTE

C.C.



HUELLA DACTILAR