



INFORMACION BASICA PERSONAL NATURAL

Vinculación Actualización de datos

DATOS BASICOS

Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número	Fecha : mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Lugar de nacimiento (Ciudad / Dpto)	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Mujer cabeza de familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre		Segundo nombre
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		No. de personas a cargo Adultos <input type="checkbox"/> Menores de 18 <input type="checkbox"/>	Afición ó pasatiempo ¿Cuál? _____	
Nivel académico Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> profesión, cuál?: _____ Magister <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>				
Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		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/Dpto.	Teléfono
Dirección empresa		Barrio	Ciudad/Dpto.	Teléfono
Correo electrónico		No. Celular	Autoriza recibir mensajes por estos medios Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre familiar cercano		Dirección/barrio/ciudad		Teléfono

ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL

Ocupación: Empleado privado <input type="checkbox"/> Empleado público <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Rentista de capital <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		
Descripción actividad económica		Código CIU (Uso exclusivo de Multiroble)
Nombre de la empresa donde trabaja	Cargo/Actividad:	Declara renta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de ingreso: mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Administra recursos públicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

INFORMACION FINANCIERA (valores en pesos)

Ingresos totales mensuales: \$ _____	Egresos totales mensuales: \$ _____
Activos totales: \$ _____	Pasivos totales: \$ _____
Fecha de corte: mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Descripción de los ingresos:	

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza transacciones en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especifique el tipo de transacción(es) que realiza	Moneda	Monto
Nombre de la organización/entidad financiera		Frecuencia Mensual <input type="checkbox"/>	Otro: _____
		Ciudad/País	

GRUPO FAMILIAR: Padres, cónyuge o compañero (a) permanente e hijos menores de edad y hasta los 25 años si estudia.

INFORMACION CONYUGE/ COMPAÑERO (A)

C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Fecha : mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento mm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento (ciudad/Dpto)
No.	Lugar de expedición		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Vigilado Superintendencia de la Economía Solidaria

Nivel académico Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> profesión, cuál?: _____ Magister <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>		
Dependencia económica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección empresa donde trabaja (ciudad)	Cargo ó actividad económica que realiza
Ingresos mensuales \$	Descripción ingresos:	
Egresos mensuales \$	Descripción egresos:	Afición o pasatiempo ¿Cuál? _____

INFORMACION PADRES E HIJOS			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.	Fecha de nacimiento mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>	parentesco	Afición o pasatiempo
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nivel académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesión, cuál? _____			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.	Fecha de nacimiento mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>	parentesco	Afición o pasatiempo
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nivel académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesión, cuál? _____			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.	Fecha de nacimiento mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>	parentesco	Afición o pasatiempo
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nivel académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesión, cuál? _____			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No.	Fecha de nacimiento mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>	parentesco	Afición o pasatiempo
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nivel académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesión, cuál? _____			

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES		
Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a Multiroble para que la verifique. Estoy dando cumplimiento a mi obligación de actualizar la información que solicite Multiroble por los productos que utilizo. Autorizo a Multiroble para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de una actividad laboral/económica lícita. Autorizo a Multiroble para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado unilateralmente cualquier contrato, negocio o relación que tenga con Multiroble o en caso de inexactitud o incumplimiento de lo aquí indicado o de cualquier cláusula del(os) contrato(s) suscrito(s) con la entidad Cooperativa. Declaración estado de salud: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ; es normal, no padezco ni he padecido enfermedades congénitas o afecciones graves que afecten funciones vitales en mi organismo o la vida. Cuales		
enfermedades: _____		
Ciudad	Firma	Huella
Fecha de diligenciamiento mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>		

ESPACIO PARA MULTIROBLE			
mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de recibido	Empleado que recibe	Empleado que verifica	Gerente

SOLICITUD DE VINCULACION			
Aprobada <input type="checkbox"/> Aplazada <input type="checkbox"/> Negada <input type="checkbox"/>	Acta No.	Fecha: mm <input type="text"/> <input type="text"/> dd <input type="text"/> <input type="text"/> aa <input type="text"/> <input type="text"/>	
Firma Presidente Consejo de Administración		Firma Secretario Consejo de Administración	