

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN PERSONA JURÍDICA					Agencia		Ciudad		Departamento		Fecha de radicación			Cuenta Nro.																					
											AÑO	MES	DÍA																						
ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COFINAL																																			
Tipo de producto socilitado (marque con una X)		APERTURA DE PRODUCTOS				Por que medio de comunicación se enteró de COFINAL				Publicidad Escrita <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Radio <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/>	Otro: Cual?																					
		Ahorro <input type="checkbox"/> Empresarial	Ahorro <input type="checkbox"/> Contractual	CDAT <input type="checkbox"/>	Actualización de datos <input type="checkbox"/>					Internet <input type="checkbox"/>	Redes sociales <input type="checkbox"/>	Ya soy asociado <input type="checkbox"/>	Perifoneo <input type="checkbox"/>																						
1. INFORMACIÓN GENERAL PERSONA JURÍDICA																																			
Razón Social:														Sigla																					
Tipo de Documento		Número de Documento				AÑO		Fecha de Constitución MES		DÍA		País Constitución		Nro. Escritura constitución:		Nro. de Empleados																			
NIT <input type="checkbox"/>														Tipo de Ubicación		Sucursal <input type="checkbox"/>		Sede <input type="checkbox"/>		Filial <input type="checkbox"/>		Ubicación Única <input type="checkbox"/>		Casa Matriz <input type="checkbox"/>											
Sector Principal	Agropecuaria <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>	Minera <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>	Financiero/Seguros <input type="checkbox"/>																													
	Industrial <input type="checkbox"/>	Salud <input type="checkbox"/>	Telecomunicaciones <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Construcción <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	Cual _____																												
Detalle Actividad Económica Principal				Antigüedad en la Actividad			Código CIU		Actividad Económica Secundaria				Antigüedad en la Actividad			Código CIU																			
				AÑOS		MESES								AÑOS				MESES																	
Tipo de Empresa				Para entidad oficial/gubernamental indicar el tipo de orden								Si <input type="checkbox"/>			Que entidad? _____																				
Pública <input type="checkbox"/>				Privada <input type="checkbox"/>				Mixta <input type="checkbox"/>				Nacional <input type="checkbox"/>				Departamental <input type="checkbox"/>				Distrital <input type="checkbox"/>				Municipal <input type="checkbox"/>				Entidad vigilada				No <input type="checkbox"/>			
SOCIEDAD COMERCIAL O CIVIL:					TIPO DE ENTIDAD:																														
Entidad sin animo de lucro <input type="checkbox"/>		Sociedad Comandita simple <input type="checkbox"/>		Sociedad Anónima simplificada SAS <input type="checkbox"/>		Sociedad Cooperativa <input type="checkbox"/>		Fondo de empleados <input type="checkbox"/>		Establecimiento público <input type="checkbox"/>		Empresa de servicios públicos domiciliarios <input type="checkbox"/>		Fondos de inversión <input type="checkbox"/>		Entidades Religiosas no católicas <input type="checkbox"/>																			
Empresa Unipersonal <input type="checkbox"/>		Sociedad Limitada <input type="checkbox"/>		Asociación Civil <input type="checkbox"/>		Comunidad Regiliosa <input type="checkbox"/>		Agremiación profesional <input type="checkbox"/>		Empresa industrial y Comercial del estado <input type="checkbox"/>		Corporaciones y asociaciones <input type="checkbox"/>		Sindicatos <input type="checkbox"/>		Otra <input type="checkbox"/>																			
Sociedad Anónima <input type="checkbox"/>		Sociedad por acciones <input type="checkbox"/>		Ninguna <input type="checkbox"/>		JAL <input type="checkbox"/>		Colegio o Universidad <input type="checkbox"/>		Sociedad de economía mixta <input type="checkbox"/>		Personas Jurídicas de derecho canónico <input type="checkbox"/>		Pre Cooperativas <input type="checkbox"/>																					
Comandita por Acciones <input type="checkbox"/>		Sociedad Colectiva <input type="checkbox"/>				Junta de acción Comunal <input type="checkbox"/>		Fundación <input type="checkbox"/>		Empresa Social del estado <input type="checkbox"/>		Entidades Financieras <input type="checkbox"/>		Conjunto Residencial <input type="checkbox"/>																					
Dirección Oficina					Barrio					Ciudad/Municipio			Departamento			Pais																			
Teléfono / P.B.X			Correo electrónico:					Teléfono Celular Empresa 1					Página eb:																						
2. INFORMACION TRIBUTARIA																																			
Tipo de Contribuyente		Persona jurídica, Comerciales y civiles, consorcios <input type="checkbox"/>					Entidad pública nacional o territorial <input type="checkbox"/>					Cooperativa <input type="checkbox"/>			Responsable de IVA		Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>																
Corporaciones, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		No contribuyente <input type="checkbox"/>																																	
Autorretenedor otros Impuestos		Si <input type="checkbox"/> Cual? _____		Sociedad ó Entidad Extranjera: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Con establecimiento permanente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Intermediario Mercado Cambiario:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Clase de contribuyente: Gran Contribuyente;					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																		
3. INFORMACIÓN FINANCIERA																																			
ACTIVOS: Relacione el total de Bienes y derechos representados en: Dinero en efectivo, Saldo en cuentas Bancarias, Inversiones, Inventarios, activos fijos (terrenos, edificios, inmuebles, vehículos, muebles y enseres, etc.) y otros activos.							\$		- INGRESOS MENSUALES: constituye el valor de ventas por mercancía y lo recibido por salarios, arrendamientos, honorarios, comisiones, etc.					\$		-																			
PASIVOS: Relacione el total de deudas y obligaciones con entidades financieras, con particulares, proveedores, impuestos, acreencias laborales y otras deudas.							\$		- OTROS INGRESOS MENSUALES: ¿Describa cuáles?: _____					\$		-																			
PATRIMONIO: Diferencia entre activos menos pasivos; el resultante entre lo que tiene y lo que adeuda.							\$		- COSTOS Y GASTOS MENSUALES: incluye pagos por costo de mercancía vendida más los involucrados directamente con luz, agua, arrendamiento, jornales o salarios, intereses por deudas, impuestos y otros gastos, etc.					\$		-																			
ES DECLARANTE DE RENTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es afirmativa, por favor anexe una copia de su ultima declaración)							UTILIDAD O EXCEDENTE MENSUAL: Diferencia entre ingresos mensuales menos costos y gastos mensuales.					\$		-																					
fecha de corte de estados financieros:				ANO		MES		DIA		Por la actividad maneja recursos públicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																									

4. INFORMACIÓN DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA																			
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				En caso afirmativo indique el tipo de operación en moneda extranjera que normalmente realiza: TIPO DE OPERACIÓN:															
				INGRESO <input type="checkbox"/> EGRESO <input type="checkbox"/>															
				Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Importaciones y Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Giros y Remesas <input type="checkbox"/> Prestamos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?_____															
En caso de poseer productos en moneda extranjera, diligenció los siguientes campos:																			
Tipo de Productos		Entidad				Monto			Ciudad		País			Nro. Cuenta		Moneda			
5. REFERENCIAS																			
TIPO		NOMBRES								CIUDAD				TELEFONO					
CLIENTE																			
PROVEEDOR																			
6. INFORMACIÓN FUENTE DE BIENES Y/O FONDOS																			
1. Los bienes que hacen parte del activo han sido adquiridos a traves de:		Compraventa <input type="checkbox"/>		Donación <input type="checkbox"/>		Aporte de los Socios <input type="checkbox"/>		Utilidades <input type="checkbox"/>		Actualmente la entidad no poseé bienes <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		Cual					
2. Los recursos declarados provienen de las siguientes fuentes:		Aporte de socios <input type="checkbox"/>		Ejecución del objeto social <input type="checkbox"/>		Rendimientos por inversiones <input type="checkbox"/>		Dividendos y participaciones <input type="checkbox"/>		Utilidades del negocio <input type="checkbox"/>		Rendimient os por inversiones <input type="checkbox"/>		Dividendos y participaciones <input type="checkbox"/>		Otras <input type="checkbox"/> Cuales?_____			
3. Pais origen de los recursos:		Colombia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual?				Ciudad origen de los recursos:													
4. Declaro que los recursos que poseé la entidad no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier otra norma que modifique o adicione .																			
5. La empresa no admitirá que se deposite en las cuentas recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas																			
7. DECLARACIÓN SARLAFT - SIPLAFT																			
La entidad esta obligada a implementar: SARLAFT <input type="checkbox"/> SIPLAFT <input type="checkbox"/>										No está olbligado <input type="checkbox"/>									
Declaro que la entidad ha adoptado políticas controles y procedimientos que corresponden a las acciones que procuran la debida diligencia para prevenir el uso de nuestra institución en propositos ilícitos relacionados con el lavado de activos y la financiación del terrorismo. Las operaciones realizadas por nuestra entidad se tramitan dentro de estándares éticos y de control anteponiendo las sanas prácticas de prevención de Lavado de activos y la financiación del terrorismo.										Declaro que la entidad actualmente no tiene ningún tipo de relación contractual con personas o entidades dedicadas a actividades ilícitas o que tengan alGuna relación con el lavado activos y la financiación del terrorismo.									
8. DATOS DE SOCIOS, ACCIONISTAS O PROPIETARIOS CON PARTICIPACIÓN MAYOR O IGUAL AL 5% (en caso de tener más de dos se debe anexar listado: nombre, Nro documento identificación y porcentaje de participación)																			
Socio, accionista o propietario 1																			
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre				Segundo Nombre			
No. Identificación :						Lugar de expedición (Ciudad/Dpto/Pais)		País de Nacimiento				Nacionalidad		Genero		Porcentaje de participación:			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>														F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Dirección Residencia:				Barrio				Vereda				Ciudad				Departamento			
Correo Electronico:						Teléfono Fijo						Celular 1				Celular 2			
Socio, accionista o propietario 2																			
Primer Apellido						Segundo Apellido						Primer Nombre				Segundo Nombre			
No. Identificación :						Lugar de expedición (Ciudad/Dpto/Pais)		País de Nacimiento				Nacionalidad		Genero		Porcentaje de participación:			
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>														F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
Dirección Residencia:				Barrio				Vereda				Ciudad				Departamento		País Residencia	
Correo Electronico:						Teléfono Fijo						Celular 1				Celular 2			
Razón Social:								Nit		NIT EXTRANJERÍA				Número:				Porcentaje de participación:	
Razón Social:								Nit		NIT EXTRANJERÍA				Número:				Porcentaje de participación:	
9.VINCULACIÓN AL PORTAL TRANSACCIONAL																			
Primer Nombre del Usuario		Primer Apellido del Usuario				Tipo documento del usuario				Nro. De documento del usuario				Correo electrónico del usuario					
Servicio Solicitado:						Instructivos, Condiciones y recomendaciones disponibles en la página eb .cofinal.com.co						TRANSACCIÓN				MONTO MÁXIMO DIARIO			
Transaccional Integral <input type="checkbox"/>												Pagos virtuales PSE							
												Transacciones en moneda extranjera							

10. AUTORIZACIONES

LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (en adelante LAFT). Autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO NACIONAL COFINAL (en adelante COFINAL) para que sin necesidad de aviso previo cancele o termine unilateralmente y de manera inmediata los productos que con ella hubiese contratado, de comprobarse que tengo vínculos comerciales o personales con personas naturales o jurídicas incursas en investigaciones judiciales o administrativas propiciadas por alguna autoridad competente, relacionadas con listas públicas vinculantes y/o temas de LAFT. De igual manera, si por cualquier motivo o circunstancia los dineros objeto de la presente solicitud y/o contrato resultan perseguidos o requeridos por alguna autoridad nacional o extranjera o es objeto de alguna investigación relacionada con su origen, procedencia o asociados con LAFT, me comprometo expresa e irrevocablemente con COFINAL, a asumir los costos o gastos judiciales, incluidos los honorarios en que incurran para la defensa de dicho(s) dinero(s) con ocasión de cualquier actuación de indistinta naturaleza, así como a indemnizar a COFINAL por los daños y perjuicios que le ocasione, de tal suerte que resulte indemne por cualquiera de tales conceptos.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO AUTOMÁTICO: Autorizo(amos) a COFINAL, para que de conformidad con lo indicado en el presente documento y en caso de que me (nos) sea aprobado(s) el (los) producto(s) solicitado(s), o a la persona a quien ceda sus derechos como acreedor, para que debite y transfiera, en el momento que así lo requiera, el dinero depositado en mi/nuestras cuentas de ahorros o de cualquier otro depósito del cual sea(mos) titular(es), el valor que corresponda a su favor, referente a aportes, fondos sociales, seguros de personas, seguros generales, pre exequiales, contribuciones, créditos y otros que como asociado llegare a tener. Acepto también el ajuste de la mensualidad a pagar de acuerdo al incremento estipulado en los contratos suscritos entre COFINAL y las entidades prestadoras de servicios y/o productos y además al incremento decretado por el gobierno nacional con base en el IPC que corresponda a cada período anual y que se cause en la vigencia del presente contrato. Acepto la renovación y/o prórroga automática del período y la vigencia del mismo. Esta autorización permanecerá vigente en tanto no sea revocada por escrito.

CONSULTA Y REPORTE HABEAS DATA

Como titular de mi información personal, de manera libre y voluntaria, manifiesto que autorizo expresa e irrevocablemente a COFINAL, en su condición de fuente de información y usuario, así como a quien ceda sus derechos como acreedor, para que ante los operadores de bases de datos con los que ha celebrado o celebre convenios, consulte, solicite, suministre, reporte, procese, actualice y divulgue todo tipo de información relacionada con mi comportamiento o hábito de pago frente a los compromisos crediticios, financieros, comerciales, de servicios y de terceros países, que, como titular o codeudor, he adquirido.

AVISO DE PRIVACIDAD SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro(amos) que he(mos) sido informado(s) acerca de lo siguiente: 1) COFINAL ha puesto a mi/nuestra disposición, a través del portal eb: .cofinal.com.co, su política de tratamiento de datos personales -en adelante la Política-. De igual manera, que a través del mismo medio dará a conocer toda modificación que realice a la Política, siendo mi obligación conocerla y consultarla periódicamente. 2) Frente al tratamiento de mis datos personales, COFINAL asume el rol de responsable del tratamiento, correspondiéndole cumplir los deberes y obligaciones consignados en la ley y la Política para quien ostenta dicha calidad. 3) El tratamiento de mis/nuestros datos personales se efectuará de acuerdo a la finalidad, temporalidad, circulación restringida y demás principios señalados en la ley. 4) Los derechos que me confiere la constitución y la ley como titular de la información, tales como: conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal; así como el derecho a revocar la autorización otorgada para el tratamiento de datos personales -siempre y cuando culmine la relación contractual o legal adquirida con COFINAL- puedo ejercerlos a través de los canales dispuestos por COFINAL, con observancia del procedimiento establecido en la Política. 5) Es optativo brindar información relacionada con datos sensibles, así como con menores de edad, de tal manera que, en caso de que llegaré a suministrarla, autorizo su tratamiento de acuerdo a las finalidades y alcances antes descritos, así como de aquellos contempladas en la Política.

En consecuencia, de manera libre y voluntaria manifiesto(amos) que autorizo(mos) a COFINAL, así como a quien encargue el tratamiento dentro o fuera del país, para tratar mis/nuestros datos personales con el fin de tramitar la presente solicitud, realizar campañas de marketing, envío de correos electrónicos, SMS, MMS, FAX y otros medios electrónicos equivalentes, de productos y servicios que COFINAL determine puedan ser de mi interés, así como aquellos fines consignados en la Política.

Finalmente, me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año mi información personal y a reportar de manera inmediata a COFINAL toda variación relacionada con los datos personales suministrados, especialmente aquella relacionada con mi lugar de domicilio, residencia, correo electrónico, número telefónico y demás información relevante; por consiguiente, en caso de no hacerlo, toda comunicación a que haya lugar podrá ser remitida a alguna de aquellas entendiéndose que he/hemos sido debidamente notificados.

AUTORIZACIÓN DE CUENTA EXCENTA DE GRAVAMEN AL MOVIMIENTO FINANCIERO

Manifiesto que conozco y acepto que la exención mencionada sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros que pertenezca a un único titular, por ende, hago la elección de esta cuenta, como exenta del Gravamen a los Movimientos Financieros, en razón a que no he solicitado ni solicitaré este beneficio en otra cuenta de ahorros diferente, abierta en COFINAL ni en otro establecimiento financiero.

Autorizo____ No Autorizo____

CONSTANCIA DE ASESORIA

Manifiesto que he sido informado sobre las características, tarifas, términos y condiciones de los productos y servicios que solicito para mi o mi representada, así mismo que podré consultarlas directamente ante COFINAL a través de sus oficinas y su página eb .cofinal.com.co; adicionalmente, me ha sido suministrada la información concerniente al seguro de depósitos del fondo de garantías de entidades cooperativas FOGACOO.

En el evento que la solicitud fuere negada, me comprometo a retirar directamente o a través de apoderado, los documentos en la oficina donde la solicitud fue radicada; si los documentos no son retirados dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se me sea notificada la negativa de la solicitud, autorizo a COFINAL LTDA a proceder a la destrucción de los mismos.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento:

Nombres y Apellidos Representante Legal o Apoderado

No. Identificación: _____

Firma del Representante Legal

Huella

11. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COFINAL

Nombre funcionario que realiza la entrevista	Cargo	Lugar entrevista	Fecha Entrevista	Hora	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Consulta listas vinculantes	Firma
						Resultado: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	
En virtud de haber participado en el proceso de conocimiento del cliente, reconozco que soy responsable del completo diligenciamiento de la información que ha sido consignada en forma libre en el presente formato y con la finalidad que LAS ENTIDADES adelanten en dicho proceso.						Observaciones	

12. EXCLUSIVO COMITÉ DE ADMISIONES Y RETIROS

Solicitud: Aprobada____ Negada____ Aplazada____

Comité de admisiones y retiros Resolución Nro.____ Acta Nro. _____ Con fecha dia/mes año._____

Observaciones y

Firma Presidente de Comité

Firma Secretario (a) de Comité

Versión 2. Noviembre 2019

POA SP02 PR01 FR03