

AGENCIA		CIUDAD		DEPARTAMENTO		FECHA RADICACIÓN		CUENTA NO.	
				NARIÑO					

<b>Tipo de Producto Solicitado:</b>		<b>Por qué medio de comunicación se enteró de Cofinal:</b>							
AFILIACION									

<b>DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL PRODUCTO</b>									
Tipo Id:		No.		LUGAR DE EXPEDICIÓN				FECHA DE EXPEDICIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO				ESTADO CIVIL			
		COLOMBIA							
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:		GENERO:	
PERS. A CARGO:		NIVEL EDUCATIVO:		TITULO OBTENDO:		TIPO VIVIENDA:		ZONA UBICACIÓN:	
DIRECCION RESIDENCIA				BARRIO		COMUNA		CIUDAD	
DEPARTAMENTO		PAIS RESIDENCIA		CORREO ELECTRONICO		TELEFONO FIJO		CELULAR 1	
		COLOMBIA							
<b>TIENE RESIDENCIA(S) FISCAL(ES) O EXTRANJERÍA EN OTRO PAÍS(ES) DIFERENTE(S) A COLOMBIA: No. EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE:</b>									
País 1:		No. id. Fiscal:		País 2:		No. id. Fiscal:			
<b>¿TIENE ALGÚN FAMILIAR EMPLEADO O DIRECTIVO DE COFIMAL?</b>				No					
NOMBRE COMPLETO				PARENTESCO				CARGO	

<b>INFORMACION DEL TUTOR (Si titular de la cuenta es menor de edad o interdicto)</b>									
Tipo Id:		No.		LUGAR DE EXPEDICIÓN				FECHA DE EXPEDICIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO				PARENTESCO CON ASOCIADO:			
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE:		SEGUNDO NOMBRE:			
DIRECCION RESIDENCIA				BARRIO		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRONICO				TELEFONO FIJO		CELULAR 1		CELULAR 2	

<b>DATOS DE ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL SOLICITANTE O TUTOR DEL SOLICITANTE (Si titular de la cuenta es menor de edad o interdicto)</b>									
OCUPACIÓN U OFICIO:		COD. CIU:		DESCRIPCION DE ACTIVIDAD ECONOMICA U OBJETO SOCIAL:				TIEMPO ACTIVIDAD:	
NOMBRE DE LA EMPRESA O ESTABLECIMIENTO:				Nit:		DIRECCIÓN PRINCIPAL EMPRESA:		TELÉFONO FIJO	
				1		CR INDEPENDIENTE		7 33 63 00	
CIUDAD		DEPARTAMENTO:		PAÍS		SALARIO (SIN COMISIONES)		TIEMPO DE SERVICIO:	
PASTO		NARIÑO		COLOMBIA		0			
TIPO DE CONTRATO:		INICIO CONTRATO:		FIN. CONTRATO:		CARGO ACTUAL		JEFE INMEDIATO	
ACTIVIDAD DETALLADA COMO INDEPENDIENTE:						Nit:		DIRECCIÓN:	
TELÉFONO FIJO		EXTENSIÓN		CELULAR		CIUDAD		DEPARTAMENTO:	
								NARIÑO	
								PAÍS	
								COLOMBIA	

<b>INFORMACIÓN FINANCIERA DEL SOLICITANTE O TUTOR DEL SOLICITANTE (Si titular de la cuenta es menor de edad o interdicto)</b>											
ACTIVOS: RELACIONE EL TOTAL DE BIENES Y DERECHOS REPRESENTADOS EN: DINERO EN EFECTIVO, SALDO ENCUESTAS 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, COMPARTICULARES, PROVEEDORES, IMPUESTOS, ACRENCIAS LABORALES Y OTRAS DEUDAS.				\$		OTROS INGRESOS MENSUALES: ¿DESCRIBÁVALOS?:				\$	
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, JORNAL O SALARIOS, INTERESES POR DEUDAS, IMPUESTOS Y OTROS GASTOS, ETC.				\$	
ES DECLARANTE DE RENTA: (SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR ANEXE UNA COPIA DE SU ÚLTIMA DECLARACIÓN):				No		UTILIDAD O GANANCIA MENSUAL: DIFERENCIA ENTRE INGRESOS MENSUALES MENOS COSTOS Y GASTOS MENSUALES.				\$	

<b>INFORMACIÓN PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEPS</b>											
1. POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PÚBLICOS:				No		4. EXISTE ALGUN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA:				No	
2. POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL:						Si la respuesta de 4 es afirmativa indique NOMBRE PEP:					
3. POR SU CARGO O ACTIVIDAD ESTA VINCULADO AL PODER PÚBLICO:				No		PARENTESCO:					

<b>INFORMACIÓN DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</b>											
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?				No		EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL TIPO DE OPERACIÓN EN MONEDA EXT. QUE NORMALMENTE REALIZA:					

En caso de poseer productos en moneda extranjera, diligencie los siguientes campos:



**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 WEB: [WWW.COFINAL.COM.CO](http://WWW.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 EXENTA DEL GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS:** 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 WEB [www.cofinal.com.co](http://www.cofinal.com.co); ADICIONALMENTE, ME HA SIDO SUMINISTRADA LA INFORMACIÓN CONCERNIENTE AL SEGURO DE DEPÓSITOS DEL FONDO DE GARANTÍAS DE ENTIDADES COOPERATIVAS FOGACOOP.

#### DEVOLUCION DE DOCUMENTOS

EN EL EVENTO EN 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 ACOFINAL LTDA A PROCEDER A LA DESTRUCCIÓN DE LOS MISMOS.

#### FIRMA Y HUELLA

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 Solicitante  
No. Identificación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Huella

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos del Tutor  
No. Identificación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor

Huella

#### ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COFINAL

FUNCIONARIO QUE REALIZA LA ENTREVISTA:		CARGO: ASESORA INTEGRAL	LUGAR ENTREVISTA: PASTO	FECHA ENTREVISTA			HORA:
COINCIDENCIA EN LISTAS VINCULANTES: SI ____ NO ____		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.					
Firma a Ruego	Observaciones:					Firma:	

#### EXCLUSIVO COMITÉ DE ADMISIONES Y RETIROS

Solicitud Aprobada \_\_\_\_\_ Negada \_\_\_\_\_ Aplazada \_\_\_\_\_ Acta No. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
FIRMA PRESIDENTE DE COMITÉ

X \_\_\_\_\_  
FIRMA SECRETARIO (A) DE COMITÉ