

<b>FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN PERSONA JURÍDICA</b>	Agencia	Ciudad	Departamento	Fecha de radicación			Cuenta Nro.
				AÑO	MES	DÍA	

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE COFINAL										
Tipo de producto solicitado (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 Empresarial <input type="checkbox"/>	Ahorro Contractual <input type="checkbox"/>	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
Tipo de Empresa		AÑOS		MESES					
Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Para entidad oficial/gubernamental indicar el tipo de orden						
			Nacional <input type="checkbox"/>	Departamental <input type="checkbox"/>	Distrital <input type="checkbox"/>	Municipal <input type="checkbox"/>	Entidad vigilada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

SOCIEDAD COMERCIAL O CIVIL:			TIPO DE ENTIDAD:					
Entidad sin ánimo 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"/>	Cual? _____
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	País
Teléfono / P.B.X	Correo electrónico:	Teléfono Celular Empresa 1		Página eb:	

**2. INFORMACION TRIBUTARIA**

Tipo de Contribuyente	Persona jurídica, Comerciales y civiles, consorcios Corporaciones, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro <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"/>
Autorretenedor otros Impuestos	Sociedad ó Entidad Extranjera: 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"/>

En caso de poseer productos en moneda extranjera, diligencie 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 través de: Compraventa  Donación  Aporte de los Socios  Utilidades  Actualmente la entidad no posee bienes  Otro  Cual \_\_\_\_\_

2. Los recursos declarados provienen de las siguientes fuentes: Aporte de socios  Ejecución del objeto social  Rendimientos por inversiones  Dividendos y participaciones  Utilidades del negocio  Rendimientos por inversiones  Dividendos y participaciones  Otras  Cuales? \_\_\_\_\_

3. País origen de los recursos: Colombia  Otro  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  SIPLAFT  No está obligado

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	Porcentaje de participación:
No. Identificación :		Lugar de expedición (Ciudad/Dpto/Pais)	Nacionalidad	Genero
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R.Civil <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>
Dirección Residencia:		Vereda	Ciudad	Departamento
Barrio				País Residencia
Correo Electronico:	Teléfono Fijo	Celular 1	Celular 2	

**Socio, accionista o propietario 2**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Porcentaje de participación:
No. Identificación :		Lugar de expedición (Ciudad/Dpto/Pais)	Nacionalidad	Genero
C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	R.Civil <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>
Dirección Residencia:		Vereda	Ciudad	Departamento
Barrio				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	Firma del Representante Legal
No. Identificación: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Huella

**11. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COFINAL**

Nombre funcionario que realiza la entrevista	Cargo	Lugar entrevista	Fecha Entrevista	Hora	Consulta listas vinculantes	Firma
					SI <input type="checkbox"/> NO <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.					Resultado: Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	
					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 \_\_\_\_\_