



SOLICITUD DE AFILIACION Y/O VINCULACION COFIAHORRITO - COFIJUNIOR

(Por favor diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras)
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO SON DE CARÁCTER OBLIGATORIO
TRAMITAR EL CAMPO RESPECTIVO, SEGÚN SEA EL CASO.

ESPACIO EXCLUSIVO COFINAL				
COFIAHORRITO <input type="radio"/>		COFIJUNIOR <input type="radio"/>		No. CUENTA:
FECHA DE SOLICITUD			AGENCIA	CIUDAD
AÑO	MES	DIA		DEPARTAMENTO

INFORMACION PERSONAL DEL ASOCIADO (TITULAR)				
No. IDENTIFICACION		TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		LUGAR DE EXPEDICION
		NUIP <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> R. CIVIL <input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/>		FECHA DE EXPEDICION
				AÑO MES DIA
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE
				SEGUNDO NOMBRE
GENERO	LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO	FECHA NACIMIENTO	
F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>			AÑO MES DIA	
DIRECCION DE RESIDENCIA			BARRIO / VEREDA	
			CIUDAD / MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO	TELEFONO	CELULAR	ESTRATO	CORREO ELECTRONICO
NIVEL PRIMARIA <input type="radio"/>	TECNOLOG <input type="radio"/>	UNIVERSARIO <input type="radio"/>	ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	
ACADEMICO BACHILLERATO <input type="radio"/>	TECNICO <input type="radio"/>	NINGUNO <input type="radio"/>		

INFORMACION TUTOR				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE
				SEGUNDO NOMBRE
EMPRESA O NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DONDE TRABAJA			ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	
DIRECCION EMPRESA			TELEFONO Ext.	CIUDAD PAIS

REFERENCIAS				
REFERENCIA FAMILIAR (Familiar mas cercano/No Tutor)				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE
				SEGUNDO NOMBRE
PARENTESCO	DIRECCION DOMICILIO	TELEFONO FIJO / CELULAR	CIUDAD	TRABAJA EN

REFERENCIA PERSONAL				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE
				SEGUNDO NOMBRE
DIRECCION DOMICILIO	TELEFONO / CELULAR	CIUDAD	TRABAJA EN	

INFORMACION DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	
¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?► SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
(Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencia la siguiente informacion de las operaciones y los productos en moneda extranjera)	
¿CUAL(ES) OPERACIÓN(ES) REALIZA EN MONEDA EXTRANJERA? _____	
¿POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	SI <input type="radio"/> No. CUENTA: _____ BANCO: _____ MONEDA: _____ CIUDAD: _____ PAIS: _____
	NO <input type="radio"/> ► DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA.

AUTORIZACION PERSONAL						
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE ES MI VOLUNTAD Y DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA LEY, EN CASO DE FALLECIMIENTO, MIS APORTES Y AHORROS DEPOSITADOS EN COFINAL Y ASEGURADOS A LA FECHA DE MI DECESO, SEAN ENTREGADOS A:						
No. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	% DESIG.	DIRECCION

BENEFICIARIOS FONDO DE SOLIDARIDAD (Aplica a cuentas COFIJUNIC)						
APLICA PARA GRUPO FAMILIAR (PADRES ó HERMANOS SOLTEROS DEL TITULAR)						
No. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DIRECCION	

AUTORIZACIONES

AUTORIZACION DE DESCUENTO

ACEPTO (AMOS) EL AJUSTE DEL VALOR MENSUAL A PAGAR DE ACUERDO AL INCREMENTO ESTIPULADO EN LOS CONTRATOS SUSCRITOS ENTRE COFINAL Y LAS ENTIDADES Y PRESTADORAS DE SERVICIOS Y/O PRODUCTOS Y AL INCREMENTO DECRETADO POR EL GOBIERNO NACIONAL CON BASE AL IPC QUE CORRESPONDA A CADA PERIODO ANUAL SE CAUSE EN LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO . ACEPTO (AMOS) LA RENOVACION Y/O PRORROGA AUTOMATICA DEL PERIODO Y LA VIGENCIA DEL MISMO.

AUTORIZACION DEBITO AUTOMATICO

A. AUTORIZO (AMOS) A LA COOPERATIVA PARA QUE ABONE O DEBITE DE LA CUENTA DE APORTES SOCIALES LOS SALDOS QUE SE ENCUENTREN A MI (NUESTRO) FAVOR O EN B. AUTORIZO (AMOS) A LA COOPERATIVA PARA QUE DE CONFORMIDAD CON LO INDICADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y EN CASO DE QUE ME SEA APROBADO EL PRODUCTO TRANSFIERA MENSUALMENTE DE MI CUENTA DESIGNADA, EL VALOR CORRESPONDIENTE A DICHA OBLIGACION, ESTA AUTORIZACION PERMANECERÁ HASTA TANTO SEA REVOCADO ESCRITO. C. AUTORIZO (AMOS) A LA COOPERATIVA A ABONAR, DEBITAR, DEDUCIR, RETENER O CARGAR IRREVOCABLEMENTE DE CUALQUIERA DE MIS (NUESTRAS) CUENTAS, FONDOS, TODAS LAS COMISIONES, HONORARIOS, SEGUROS, GASTOS E IMPUESTOS QUE CAUSE EL PERFECCIONAMIENTO DE LAS OPERACIONES, LO MISMO QUE SUS INTERES.

DECLARACIONES

DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

PARA TODOS LOS EFECTOS DECLARO (AMOS) QUE EL ORIGEN DE LOS DINEROS QUE DEPOSITO (AMOS) EN MI CUENTA Y DEMÁS OPERACIONES QUE TRAMITO (AMOS) POR MI COOPERATIVA, PROCEDEN DEL GIRO ORDINARIO DE ACTIVIDADES LEGALES, ME (NOS) OBLIGO (AMOS) A NO PRESTAR MI CUENTA Y A NO PERMITIR QUE TERCEROS DESCONOCIDOS (NOSOTROS) EFECTÚEN DEPÓSITOS Y TRANSFERENCIAS A MI (S) CUENTA (S) Y NO HACER PAGOS O TRANSFERENCIAS DESDE MI (S) CUENTA (S) A TERCEROS DESCONOCIDOS. DECLARO (AMOS) QUE MI (NUESTRA) OCUPACION ECONOMICA NO ES NI SE RELACIONA CON LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE COMPRA O VENTA DE DIVISAS Y QUE EL ORIGEN DE MIS (NUESTROS) INGRESOS Y/O RECURSOS PROVIENEN DEL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ECONOMICAS LEGALES.

EXCENCION DE GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS

DECLARO (AMOS) Y ACEPTO (AMOS) QUE LA CUENTA DE AHORROS No. _____, LA CUAL SE ENCUENTRA A MI NOMBRE (TITULAR), SERA LA UNICA BENEFICIARIA DE LA EXCENCION DE GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL LEY 1111 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2006 (CUATRO POR MIL) PARA LOS MOVIMIENTOS DE CUENTAS DE AHORRO Y DESEMBOLSOS DE CREDITO QUE NO EXCEDAN AL VALOR ESTIPULADO EN DICHA LEY.

FIRMA (EXCENCION DE GRAVAMEN A MOVIMIENTOS FINANCIEROS)

DECLARACION DE INFORMACION

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO (AMOS) QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO (IMOS) PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA Y AUTORIZO (AMOS) SU VERIFICACION ANTE CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURIDICA, PRIVADA O PUBLICA, SIN LIMITACION ALGUNA DESDE AHORA Y MIENTRAS SUBSISTA ALGUNA RELACION COMERCIAL CON COFINAL; ADEMAS ME (NOS) COMPROMETO (EMOS) A ACTUALIZAR ANUALMENTE TODA MI INFORMACION Y/O DOCUMENTACION O CADA VEZ QUE LA COOPERATIVA LO SOLICITE. DE LA MISMA MANERA DECLARO (AMOS) QUE HE (MOS) RECIBIDO INFORMACION CLARA Y COMPLETA POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DE COFINAL SOBRE LOS BENEFICIOS, REQUISITOS, CONDICIONES Y OBJECIONES QUE PRESENTA EL PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECEN EN DICHA COOPERATIVA.

EN CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO (AMOS) LA PRESENTE SOLICITUD DE VINCULACION;

X

FIRMA TITULAR COFIAHORRITO ò COFIJUNIOR

NOMBRES Y APELLIDOS : _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

HUELLA INDICE
DERECHO

X

FIRMA DE TUTOR

NOMBRES Y APELLIDOS : _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

HUELLA INDICE
DERECHO

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COFINAL

APROBADO POR EL COMITÉ DE ADMISIONES Y RETIROS DE ACUERDO A LA RESOLUCION No. _____
SEGÚN CONSTA EN EL ACTA No. _____, CON FECHA _____ DIA / MES / AÑO .

SOLICITUD NEGADA

SOLICITUD APLAZADA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: _____

COMITÉ DE ADMISIONES Y RETIROS

FIRMA PRESIDENTE COMITÉ

FIRMA SECRETARIO(A) COMITÉ

DOCUMENTACION BASICA REQUERIDA PARA VINCULACION COFIAHORRITO ò COFIJUNIOR

1. Fotocopia ampliada al 150% de documento de identidad del Titular
2. Fotocopia ampliada al 150% de documento de identidad del Tutor