

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|
| Oficina: _____ | | Fecha y hora de entrevista: DD-MM-AAAA HH:MM | | Asesor: _____ | |
| PRODUCTOS SOLICITADOS: Coopeahorros <input type="radio"/> Cotrafito <input type="radio"/> Ahorro Vivienda <input type="radio"/> Ahorro Navideño <input type="radio"/> Ahorro Contractual <input type="radio"/> CDT <input type="radio"/> | | | | | |
| INFORMACIÓN GENERAL Y ESPECÍFICA PARA LAS CUENTA DE AHORRO SOLICITADAS | | | | | |
| Tipo cuenta: Individual <input type="radio"/> Conjunta <input type="radio"/> Alternativa <input type="radio"/> | | Forma pago productos con cuota: Nómina <input type="radio"/> Débito <input type="radio"/> Caja <input type="radio"/> | | Periodo: Mensual <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____ | |
| Coopeahorro o Cotrafito | | Ahorro Vivienda | | Ahorro Navideño o Contractual | |
| Destinación: Consignaciones varias <input type="radio"/> | | Plazo según periodo: _____ | | Plazo según periodo: _____ | |
| Mesada pensional <input type="radio"/> | | Cuota: \$ _____ | | Cuota: \$ _____ | |
| Cuota: \$ _____ | | Fecha vencimiento: DD-MM-AAA | | Valor título: \$ _____ | |
| | | | | Liq. Intereses: Mensual <input type="radio"/> Al vencimiento <input type="radio"/> | |
| INFORMACIÓN PERSONAL TITULAR 1 | | | | | |
| Nombres: _____ | | | 1° Apellido: _____ | | 2° Apellido: _____ |
| Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> | | | N° de identificación: _____ | | Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> |
| Otro: _____ | | | Nacionalidad: Colombiana <input type="radio"/> Otra(s): _____ | | |
| Fecha y lugar expedición: DD-MM-AAAA | | Ciudad/Departamento | | País | |
| Fecha y lugar de nacimiento: DD-MM-AAAA | | Ciudad/Departamento | | País | |
| ¿Es ciudadano, residente o responsable Fiscal en Estados Unidos? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> . En caso afirmativo ingrese TIN/SSN: _____ | | | | | |
| ¿Posee Residencia Fiscal en otros países (diferentes a Colombia y Estados Unidos)? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> . En caso afirmativo indique cuales y su respectivo TIN: _____ | | | | | |
| País 1: _____ | | TIN 1: _____ | | País 2: _____ | |
| TIN 2: _____ | | | | | |
| Dirección residencia: _____ | | Barrio/Ciudad/Departamento/País | | Tel: _____ | |
| Otra dirección: _____ | | Barrio/Ciudad/Departamento/País | | Tel: _____ | |
| Dirección empresa: _____ | | Barrio/Ciudad/Departamento/País | | Tel: _____ | |
| Dirección correspondencia: Residencia <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Envío Reporte Anual de Costos: En oficina <input type="radio"/> Sucursal virtual <input type="radio"/> Dirección correspondencia <input type="radio"/> | | | | | |
| ¿Posee Celular? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿número? _____ ¿Posee Correo electrónico? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿cuál? _____ | | | | | |
| Información financiera | | | | | |
| Empleado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/> | | Tipo contrato: Fijo <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____ | | | |
| Independiente <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> | | Fecha de vencimiento: DD-MM-AAAA | | | |
| Ocupación | | Fecha inicio actividad: DD-MM-AAAA | | | |
| | | Cargo: _____ | | | |
| Empresa o actividad económica principal: _____ | | | | | |
| Ingreso mes: \$ _____ | | Activos: \$ _____ | | Declara renta: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Otros ingresos: \$ _____ | | Pasivos: \$ _____ | | Realiza actividades en moneda extranjera: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| Egreso mes: \$ _____ | | Vivienda propia: \$ _____ | | Tipo transacción: Importación <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____ | |
| Descripción otros ingresos: _____ | | | | | |
| Tipo producto Moneda Nro producto Monto Entidad País-Ciudad | | | | | |
| ¿Maneja recursos de terceros? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> T.I: _____ N° _____ Nombre Completo: _____ | | | | | |
| Información demográfica | | | | | |
| Nro. de personas a cargo: _____ | | Tipo vivienda | | Estrato: _____ | |
| Nro. personas trabajan en su hogar: _____ | | Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> | | Estado civil | |
| | | Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____ | | Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> | |
| | | | | Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> | |
| Información educación | | Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/> | | Título obtenido: _____ | |
| | | Universitario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____ | | | |
| Información cónyuge o compañero permanente | | Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> | | Número documento: _____ | |
| | | Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> | | | |
| | | Nombre: _____ | | 1° Apellido: _____ | |
| | | | | 2° Apellido: _____ | |
| Referencias | | | | | |
| Personales | | Nombre: _____ | | Teléfono 1: _____ | |
| | | Nombre: _____ | | Teléfono 2: _____ | |
| | | Nombre: _____ | | Teléfono 1: _____ | |
| | | Nombre: _____ | | Teléfono 2: _____ | |
| Familiars | | Nombre: _____ | | Parentesco | |
| | | Nombre: _____ | | Parentesco | |
| | | Nombre: _____ | | Parentesco | |
| | | Nombre: _____ | | Parentesco | |
| Declaración de origen y destino de bienes y/o fondos | | | | | |
| Los abajo firmantes, obrando en nombre propio de manera voluntaria, realizamos la siguiente declaración de origen de bienes y/o fondos a LA COOPERATIVA, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por LA SUPERFINANCIERA y demás leyes y decretos vigentes concordantes con las operaciones de crédito, apertura y manejo de cuentas de ahorro. i) Los bienes de propiedad que se tienen han sido adquiridos por medio de: Donación <input type="radio"/> Herencia <input type="radio"/> Actividad económica <input type="radio"/> Otro, ¿cuál?: _____ | | | | | |
| ii) Los recursos que entrega(mos) provienen del desarrollo de la actividad conforme a lo señalado en la sección de Información Financiera del presente formulario y/o de las siguientes fuentes: _____ iii) País de origen de los recursos: Colombia <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál?: _____ | | | | | |
| iv) Declara(mos) que los recursos que entregue(mos) o llegue(mos) a entregar a LA COOPERATIVA no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. v) No admitiré(mos) que terceros efectúen depósitos o pagos a nuestras cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré(mos) transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. vi) Autorizo(amos) a LA COOPERATIVA a saldar las cuentas y depósitos que mantenga(mos) en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento o la violación del mismo. | | | | | |
| Declaración de asegurabilidad (NOTA: Sólo aplica para Consumidores Financieros mayores de 14 años) | | | | | |
| I. Los abajo firmantes están ampliamente enterados de que LA COOPERATIVA a través de una compañía aseguradora tomará una póliza de seguro de vida sobre los depósitos, amparando contra el riesgo de muerte al primer titular de ahorro a la vista, que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y demás estipulaciones consignadas en la póliza de seguro. | | | | | |
| II. ¿Usted presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones de salud? | | | | | |
| Cáncer: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Afeciones cardiovasculares: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica): Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| SIDA/VIH: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Insuficiencia renal crónica: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | Afeciones cerebrovasculares: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| III. LA COOPERATIVA se reserva el derecho de cancelar o modificar la póliza de seguro en cualquier momento sin previa notificación al ahorrador y sin que haya lugar al pago de indemnizaciones por este suceso. | | | | | |
| Autorización débito automático | | | | | |
| Autorizo LA COOPERATIVA a debitar de mi cuenta de ahorros No. _____ o de la cuenta de ahorros solicitada en este documento, el valor de las cuotas correspondientes a los productos solicitados a través de este documento, en caso de ser aprobados por la Cooperativa. Adicionalmente, autorizo a que en el momento de aplicar el débito automático que suscribo en este documento, me retenga los valores que procedan por concepto de impuestos. | | | | | |
| Solicitud marcación beneficio cuenta exenta | | | | | |
| Como titular de la cuenta Coopeahorros <input type="radio"/> Cotrafito <input type="radio"/> Ahorro vivienda <input type="radio"/> solicitada a través de este documento requiero la marcación de la cuenta con el fin de lograr el beneficio de la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario. Manifiesto que ésta cuenta marcada corresponde a la única que goza del beneficio de la exención en todo el sector financiero, para lo cual autorizo LA COOPERATIVA a consultar esta situación y a proceder a su marcación o no según los resultados de la consulta efectuada. Adicionalmente, si la cuenta se destina para el pago de la mesada pensional, manifiesto que en la cuenta antes mencionada, me consignan únicamente mi mesada pensional, la cual no excede de 41 Unidades de Valor Tributario UVT. | | | | | |
| Consultado por: _____ | | Fecha: DD-MM-AAAA | | Resultado: Exitoso <input type="radio"/> No exitoso <input type="radio"/> Causal: _____ | |

ASEGURESE DE LEER TODA LA INFORMACIÓN ANTES DE FIRMAR

Se entenderá por COOPERATIVA, la Cooperativa Financiera Cotrafa; por CONSUMIDOR al Consumidor Financiero; y por SUPERFINANCIERA a la Superintendencia Financiera de Colombia

Otras declaraciones y aclaraciones

- I.** Si dentro de los tres (3) días siguientes al vencimiento del CDT, EL(LOS) CONSUMIDOR(ES) no se presenta(n) a cancelar el producto, se autoriza a LA COOPERATIVA a prorrogarlo por un término igual al inicialmente pactado.
- II.** Si solicitado el producto, el proceso de verificación no es exitoso porque la información suministrada por EL(LOS) CONSUMIDOR(ES) es inexacta o incompleta, se autoriza a LA COOPERATIVA para realizar el bloqueo temporal del producto o a efectuar su cancelación.
- III.** El CONSUMIDOR autoriza a la COOPERATIVA, a suministrar información a su empleador, relacionada con los productos adquiridos bajo la modalidad de descuento por nómina.
- IV.** En caso de mora en el pago de cualquiera de los productos financieros adquiridos, el CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA, a efectuar compensaciones contra cualquier suma de dinero que posea a favor el CONSUMIDOR.
- V.** Cuando por error se consigne dinero en la cuenta de El(los) CONSUMIDOR(ES), se autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo.
- VI.** Se autoriza a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada.
- VII.** Se autoriza a LA COOPERATIVA a suministrar información a la defensoría del consumidor financiero, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.
- VIII.** Si se presentan cambios en los datos consignados, los abajo firmantes, se obligan a informarlos oportunamente a LA COOPERATIVA y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.
- IX.** Manifestamos que acataremos las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen LA COOPERATIVA. De igual forma, acataremos las decisiones que en desarrollo de sus actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración.
- X.** Autorizamos a las instituciones prestadoras de servicios de salud, médicos tratantes y demás entes relacionados, para que en caso de ser requerido, hagan entrega de nuestra historia clínica y demás información relacionada con nuestro estado de salud.
- XI.** Manifestamos que se nos ha dado a conocer Información adicional sobre los Productos de Ahorro y Crédito.

Autorización general para el envío de información

Autorizamos voluntariamente a LA COOPERATIVA, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones que realicemos con dicha entidad, y/o información sobre obligaciones crediticias y/o información de campañas comerciales realizadas por LA COOPERATIVA; a través de cualquier medio de comunicación. La información puede enviarse al teléfono celular y/o al correo electrónico reportado como de nuestro uso o propiedad. El costo de los mensajes enviados será asumido por LA COOPERATIVA.

Política de tratamiento de datos

Declaro(amos) de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO(AMOS) a LA COOPERATIVA para que, en los términos del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis(nuestros) datos personales, incluyendo datos sensibles, como huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados sensibles de conformidad con la Ley; con el fin de lograr su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales conforme a lo descrito en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES de LA COOPERATIVA. La política incluye los derechos de los titulares de la información así como los medios y procedimientos para hacerlos efectivos y puede ser consultada en la página Web: www.cotrafa.com.co.

Autorización de consulta y reporte a Centrales de Riesgo y entidades de control

En nuestra calidad de titulares de información, actuando libre y voluntariamente, autorizamos de manera expresa e irrevocable a LA COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a nuestro comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a las Centrales de Riesgo o cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines o institución sometida a control y vigilancia de LA SUPERFINANCIERA. Conocemos que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a nuestras obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de nuestras obligaciones nacionales e internacionales de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las Centrales de Riesgo, Entidades de manejo de base de datos o Instituciones sometidas a control y vigilancia de LA SUPERFINANCIERA podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Nuestros derechos y obligaciones así como la permanencia de nuestra información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público estamos enterados. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a nuestro cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizamos a las centrales de riesgo, entidades de manejo de base de datos y entidades sometidas a control y vigilancia de la SUPERFINANCIERA a que, en su calidad de operadores, pongan nuestra información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido. Autorizamos en forma permanente mediante la firma de este documento a LA COOPERATIVA para que, en cumplimiento de normas nacionales o extranjeras, acuerdos intergubernamentales o interinstitucionales, tratados internacionales o similares, aplique las acciones que se deriven de dicho cumplimiento tales como reporte y suministro de información a agencias nacionales o extranjeras con fines legales y/o fiscales, retención sobre ingresos provenientes del exterior o de fuentes extranjeras o giros de las mencionadas retenciones incluyendo el cumplimiento de la ley FATCA y demás leyes internacionales. En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmamos el presente documento en el espacio definido para las firmas.

Firmas y huellas

En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmamos el presente documento en el espacio definido para las firmas y certificamos que la información suministrada en la presente solicitud es cierta y autorizamos a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA para su verificación.

**VISTO BUENO EMPRESA
(CUANDO SE REQUIERA)**

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Nombre Titular 1 / Representante Legal / Apoderado: | | Nombre Titular 2 / Representante Legal / Apoderado: | | Nombre Titular 3 / Representante Legal / Apoderado: | |
| Firma Titular 1 / Representante Legal / Apoderado: | | Firma Titular 2 / Representante Legal / Apoderado: | | Firma Titular 3 / Representante Legal / Apoderado: | |
| Huella: | | Huella: | | Huella: | |
| Documento de identidad: | | Documento de identidad: | | Documento de identidad: | |

Observaciones

ESPACIO RESERVADO PARA COTRAFA

He validado los estándares básicos de seguridad bancaria contra los documentos originales exhibidos, así como las características de su portador de acuerdo a lo exigido por COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA. Con fundamento en los resultados obtenidos en la entrevista presencial con el cliente y una vez realizado las validaciones del SARLAFT correspondientes, el concepto de vinculación y/o actualización es satisfactorio: SI NO

Considera que el Consumidor Financiero es PEPS: SI NO

Lugar de la entrevista/revisión:

Firma Asesor