

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.

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: Nómima <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"/>		Valor del ahorro: \$ _____		Valor del ahorro: \$ _____	
Cuentas exentas por ley <input type="radio"/>		Plazo según periodo: _____		Plazo según periodo: _____	
Mesada pensional <input type="radio"/>		Cuota según periodo: \$ _____		Cuota según periodo: \$ _____	
Cuota: \$ _____				Fecha vencimiento: DD-MM-AAA	
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 _____	
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"/> ¿cuál? _____		¿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: _____					
¿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: Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Estado civil: Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>	
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____		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"/>		Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/>		Número documento: _____	
Nombre: _____		1° Apellido: _____		2° Apellido: _____	
Referencias					
Personales: Nombre: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____	
Nombre: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____	
Familiares: Nombre: _____		Parentesco _____		Teléfono 1: _____	
Nombre: _____		Parentesco _____		Teléfono 1: _____	
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					
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.					
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 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"/>		Afecciones cardiovasculares: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica): Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
SIDA: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Insuficiencia renal crónica: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Afecciones 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.					

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 de consulta y reporte a Centrales de Riesgo y tratamiento de datos personales

En nuestra calidad de titulares de información, actuando libre y voluntariamente, autorizamos de manera expresa e irrevocable 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 Superintendencia Financiera de Colombia. 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 financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países 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 Superintendencia Financiera de Colombia 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 Superintendencia Financiera de Colombia 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. Igualmente autorizo expresamente LA COOPERATIVA para el tratamiento de los datos personales que aquí suministro, con el fin de que éstos sean utilizados en la realización de campañas publicitarias, sorteos y promoción de productos y servicios por parte de la Cooperativa. Lo anterior, para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley 1581 de 2012 y demás normas complementarias. Autorizamos en forma permanente mediante la firma de este documento 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. En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmamos el presente documento en el espacio definido para las firmas.

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.

Declaración FATCA

Con la firma de este formulario certifico que SI NO soy ciudadano, residente o responsable fiscal en los Estados Unidos (**U.S. Person**) y que la información consignada es cierta y conozco las incidencias que tienen la Ley FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) de los Estados Unidos y sus reglamentaciones.

En caso positivo, mi Número de Seguridad Social en Estados Unidos (SSN / TIN) es: _____

Solicitud marcación beneficio cuenta exenta

Como titular de la cuenta Coopeahorros Cotrafito Ahorro vivienda 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 No exitoso Causal: _____

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 o Representante Legal:		Nombre Titular 3 o Representante Legal:	
Firma Titular 1 / Representante Legal / Apoderado:	Huella:	Firma Titular 2 o Representante Legal:	Huella:	Firma Titular 3 o Representante Legal:	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