

COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA
SOLICITUD PRODUCTOS O ACTUALIZACIÓN DE DATOS
PERSONA JURIDICA

I.D.: _____

Radicado: _____

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.
Todos los campos son obligatorios, si no cuenta con algún dato por favor trace una línea horizontal (-----) en el campo respectivo

Oficina: _____		Fecha y hora de entrevista: DD-MM-AAAA HH:MM		Asesor: _____	
ACTUALIZACIÓN DE DATOS <input type="radio"/> PRODUCTOS SOLICITADOS: Crédito <input type="radio"/> Coopeahorros <input type="radio"/> CDT <input type="radio"/> Ahorro Contractual <input type="radio"/> Convenio <input type="radio"/>					
INFORMACIÓN DEL CRÉDITO					
Tipo de crédito: Nuevo <input type="radio"/> Refinanciación <input type="radio"/> Reestructuración crédito <input type="radio"/>		Valor solicitado (incluye refinanciación o reestructuración): \$ _____			
Destino crédito: _____		Plazo en meses: _____			
DESTINACIÓN PARA CUENTA COOPEAHORRO					
<input type="radio"/> Manejo de recursos propios. <input type="radio"/> Exclusivamente manejo de recursos provenientes de cuotas de administración cobradas a mis copropietarios. <input type="radio"/> Exclusivamente manejo de recursos provenientes de las cuotas de sostenimiento a mi entregadas por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. <input type="radio"/> Exclusivamente manejo de recursos correspondientes a la ejecución del presupuesto General Territorial y en ningún caso a recursos propios. <input type="radio"/> Exclusivamente manejo de recursos del sistema general de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.					
INFORMACIÓN PARA CUENTA DE AHORRO CONTRACTUAL					
Cuota mensual: \$ _____		Plazo mensual: _____		Fecha de vencimiento: DD-MM-AAAA	
				Valor del ahorro: \$ _____	
INFORMACIÓN BÁSICA					
Tipo de documento: NIT <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____		Número: _____		DV: _____	
Razón Social: _____		Nombre Comercial: _____			
Fecha constitución: DD-MM-AAAA		¿Vigencia indefinida?: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Fecha vigencia: DD-MM-AAAA	
		Domiciliada en: _____			
Tipo Entidad: Privada <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>		Origen: Nacional <input type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>		Radio de acción: Municipal <input type="radio"/> Departamental <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Multinacional <input type="radio"/>	
Tipo Sociedad: Colectiva <input type="radio"/> Unipersonal <input type="radio"/> Limitada <input type="radio"/> Anónima <input type="radio"/> De hecho <input type="radio"/> S.A.S. <input type="radio"/>		Comandita simple <input type="radio"/> Comandita por acciones <input type="radio"/> Otras Sin ánimo de lucro <input type="radio"/>		Sociedad extranjera <input type="radio"/> Cooperativa <input type="radio"/> Empresa Industrial y Comercial del Estado <input type="radio"/> Entidades Públicas y Territoriales <input type="radio"/>	
Dirección Empresa: _____		Barrio/Ciudad/Departamento/País			
Teléfono Empresa: _____		Fax: _____		Dirección página WEB: _____	
Si se trata de una sucursal o sede relacione:					
Nombre de la oficina principal o casa matriz: _____					
Dirección: _____		Barrio/Ciudad/Departamento/País			
Lugar de Constitución: _____		Ciudad / País		Teléfono: _____ Fax: _____	
Dirección de correspondencia: Principal <input type="radio"/> Sucursal <input type="radio"/>		Envío Reporte Anual de Costos: En oficina <input type="radio"/> Sucursal virtual <input type="radio"/> Dirección correspondencia <input type="radio"/>			
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACIÓN <small>(Si tiene más de 5 accionistas con estas condiciones por favor anexe un listado con la información)</small>					
¿POSEE ACCIONISTAS CON ESTAS CONDICIONES? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
Tipo de documento		Número:		Nombres y Apellidos o Razón Social:	
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>					
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>					
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>					
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>					
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>					
				% Part. ¿Es U.S Person? ¿ES PEPs? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO					
Nombres: _____		1º Apellido: _____		2º Apellido: _____	
Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Otro, ¿cuál? _____		Número documento: _____	
Cargo que ocupa en la empresa: _____		F. de ingreso: DD-MM-AAAA			
Dirección oficina: _____		Barrio/Ciudad/Departamento/País			
Teléfono oficina: _____		Fax oficina: _____		Celular: _____	
Correo electrónico: _____					
¿El asesor de Cotrafa considera que el Consumidor Financiero es PEPs? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>					
INFORMACIÓN CONTACTO CON LA ENTIDAD (diligencie únicamente si el contacto es diferente al Representante Legal)					
Nombres: _____		1º Apellido: _____		2º Apellido: _____	
Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Otro, ¿cuál? _____		Número documento: _____	
Cargo que ocupa en la empresa: _____					
Dirección oficina: _____		Barrio/Ciudad/Departamento/País			
Teléfono oficina: _____		Fax oficina: _____		Celular: _____	
Correo electrónico: _____					
INFORMACIÓN FINANCIERA (en miles de pesos)					
Actividad económica principal: _____		CIU: _____			
F. Corte de la información: DD-MM-AAAA		Ingresos operacionales: \$ _____		Activos: \$ _____	
Número Sucursales: _____		Ingresos no operacionales: \$ _____		Pasivos: \$ _____	
Número Empleados: _____		Total ingresos: \$ _____		Patrimonio: \$ _____	
Número socios: _____		Total costos: \$ _____		Capital social: \$ _____	
		Total gastos: \$ _____		Utilidad Neta: \$ _____	
		Descripción ingresos no operacionales: _____			
Realiza actividades en moneda extranjera: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Tipo transacciones: Importación <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Préstamos <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____					
Productos que posee en moneda extranjera					
Tipo producto		Moneda		País – Ciudad	
Nro. producto		Monto		Entidad	
Tipo producto		Moneda		País – Ciudad	
Nro. producto		Monto		Entidad	
REFERENCIAS COMERCIALES					
Nombre Establecimiento: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____	
Nombre Establecimiento: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____	

ASEGURESE DE LEER ANTES DE FIRMAR **DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y/O FONDOS**

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

Obrando como Representante Legal 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 que se poseen han sido adquiridos a través de: Donación Aporte de los Socios Inversión de utilidades Otro ¿Cuál?: _____
ii) Los recursos que se entregan provienen de las siguientes fuentes: Desarrollo del objeto social Capitalización por parte de los Socios Utilidades del negocio
Rendimientos por inversiones Dividendos y participaciones Otro ¿Cuál?: _____, **iii)** País origen de los recursos: Colombia Otro
¿Cuál?: _____ **iv)** Declaro que los recursos que entregué(ros) o llegue(ros) 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(ros) que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré 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(ros) en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento o la violación del mismo.

Otras aclaraciones

i) 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. **ii)** 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. **iii)** Estamos ampliamente enterados de que LA COOPERATIVA a través de una compañía aseguradora tomará una póliza de seguro de vida sobre aportaciones y depósitos, amparando contra el riesgo de muerte a los titulares de ahorros a la vista, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y demás estipulaciones consignadas en la póliza de seguro. 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. **iv)** Autorizamos a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada. **v)** Autorizamos 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. **vi)** Manifestamos que conocemos y aceptamos, que el tipo, plazo y valor del crédito finalmente otorgado puede variar con respecto a lo consignado en la solicitud, debido a las condiciones de evaluación y análisis que nos han sido informadas en la asesoría. En todo caso, el tipo, plazo y valor serán los aprobados por la Cooperativa y en señal de nuestra aceptación libre y voluntaria otorgaremos el pagare con su correspondiente carta de instrucciones. **vii)** Si dentro de los tres (3) días siguientes al vencimiento del CDT, EL CONSUMIDOR no se presenta a cancelar el producto, autoriza su prórroga por un término igual al inicialmente pactado. **viii)** Si solicitado el producto, el proceso de verificación no es exitoso porque la información suministrada por EL CONSUMIDOR es inexacta o incompleta, autoriza el bloqueo temporal del producto o a efectuar su cancelación. **ix)** En caso de mora en el pago de cualquiera de los productos financieros adquiridos, se podrán efectuar compensaciones contra cualquier suma de dinero que posea a favor EL CONSUMIDOR. **x)** Cuando por error se consigne dinero en la cuenta del CONSUMIDOR, éste autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo **xi)** Manifestamos que se nos ha dado a conocer la información adicional sobre los productos de ahorro y crédito.

Autorización de consulta y reporte a centrales de riesgo

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 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 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 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 a 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 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. En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmamos el presente documento en el espacio definido para las firmas.

Autorización general para el envío de información

Autorizamos voluntariamente a LA COOPERATIVA para enviar mensajes a mi teléfono celular y/o correo electrónico, de información comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicio o de cualquier otra índole, que se considere necesaria y/o apropiada para la prestación de los servicios. El costo de éstos mensajes será asumido por LA COOPERATIVA.

Autorización débito automático

Autorizo a LA COOPERATIVA debitar de mi cuenta de ahorros No. _____ o de la cuenta de ahorros solicitada en este documento, el valor de la cuota correspondiente al crédito solicitado a través de este documento, en caso de ser aprobado por la Cooperativa, y las cuotas ordinarias y extraordinarias de aportes sociales y auxilio funerario que se deriven de mi vinculación como asociado de la Cooperativa, de acuerdo con los estatutos y los reglamentos vigentes. 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 certificamos que SI NO somos responsables de impuestos en los Estados Unidos (**U.S. Person**) y que la información consignada es cierta y conocemos las incidencias que tienen la Ley FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) de los Estados Unidos y sus reglamentaciones.

En caso positivo, el número de identificación tributaria de la entidad en Estados Unidos (TIN / EIN) es: _____

Solicitud marcación de cuenta exenta

En mi calidad de representante legal, requiero la marcación de la cuenta Coopeahorros solicitada a través de este documento, con el fin de lograr el beneficio de la exención prevista en el Artículo 879 del Estatuto Tributario y el Decreto reglamentario 660 de 2011, Art. 10: Si No . En caso afirmativo, certifico que la cuenta tendrá una destinación exclusiva según lo indicado en el bloque 'Destinación para cuenta Coopeahorro' del presente formulario. Si la destinación corresponde a 'Manejo de recursos propios' manifiesto además que ésta cuenta marcada corresponde a la única que goza del beneficio de la exención en todo el sector financiero, para lo cual autorizo a LA COOPERATIVA a consultar esta situación y a proceder a su marcación o no según los resultados de la consulta efectuada. Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar la anterior información a los órganos de control y vigilancia u otro órgano estatal que requiera su verificación, igualmente autorizo a la demarcación de la cuenta por inconsistencia de la información aquí suministrada y debitar los intereses y sanciones que se ocasionen por ello.

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.

Nombre Representante Legal:		Nombre Codeudor 1 crédito:		Nombre Codeudor 2 crédito:	
Firma Representante Legal		Firma Codeudor 1 crédito:		Firma Codeudor 2 crédito:	
Huella Representante Legal:		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

Lugar de la entrevista/revisión:	Firma Asesor	Firma Gerente General
----------------------------------	--------------	-----------------------