

Vinculación y Actualización Persona Jurídica



NIT 811.022.688-3

Oficina	Fecha de recepción	Hora	Nombre de quien recibe	Asociado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Código
---------	--------------------	------	------------------------	--	--------

PRODUCTOS A SOLICITAR			
Asociación <input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/>	Crédito <input type="checkbox"/>	Pago de Nómina <input type="checkbox"/>
CDT <input type="checkbox"/>	Ahorro Contractual <input type="checkbox"/>	Cupo de Crédito <input type="checkbox"/>	Convenio Recaudo <input type="checkbox"/>
CDAT <input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro Girable <input type="checkbox"/>	Aumento de Cupo de Crédito <input type="checkbox"/>	Convenio Libranza <input type="checkbox"/>

Medio por el cual conoció a CFA: Publicidad: Prensa Radio Televisión Otro _____ Recomendado por: _____

INFORMACION GENERAL		
Razón social	Nombre comercial o sigla	NIT /RUT
Actividad económica principal	Actividad económica secundaria	
Clase de entidad: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	Si es sociedad pública de orden: Nacional <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro, cual? _____	Tipo de sociedad: Anónima <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Comandita simple <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> Comandita por acciones <input type="checkbox"/> Unipersonal <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Cooperativas <input type="checkbox"/> Otra, Cual _____
Objeto social : Animo de lucro <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		Descripción del objeto social
Nro. de empleados	No. de establecimientos	País de constitución
Fecha de constitución DD MM AAAA		Fecha de vigencia (duración) DD MM AAAA
Dirección Principal		Teléfono 1
		Teléfono 2
		FAX
Departamento	Ciudad	Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/> Corregimiento <input type="checkbox"/>
		Estrato
Correo electrónico	Página Web	Deseo consultar o recibir mis estados de cuenta o extractos y reporte anual de costos: correo electrónico <input type="checkbox"/> Domicilio principal <input type="checkbox"/>

INFORMACION FINANCIERA			
Fecha de corte de los datos MM DD AAAA	Ingresos /Ventas mensuales (promedio último año) \$	Otros Ingresos Mensuales (prom)	Costos y gasto mensuales (promedio último año) \$
Capital Social \$	Total Activos \$	Total Pasivos \$	Total Patrimonio \$
Detalle de Otros Ingresos			

INFORMACION TRIBUTARIA			
Régimen Fiscal:	Retención en la Fuente: Exento <input type="checkbox"/> No exento <input type="checkbox"/> Auto retenedor <input type="checkbox"/>	Si es agente auto retenedor, Resolución Nro. _____ Fecha: DD MM AAAA	Responsable de IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL					
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. Documento de Identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	
Fecha de Expedición DD MM AAAA	Lugar de Expedición	Fecha de Vencimiento (solo para CE) DD MM AAAA	Cargo	PEP <input type="checkbox"/>	
Teléfono residencia	Dirección residencia		Email		

INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE					
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. Documento de Identidad	Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	
Fecha de Expedición DD MM AAAA	Lugar de Expedición	Fecha de Vencimiento (solo para CE) DD MM AAAA	Cargo	PEP <input type="checkbox"/>	
Teléfono residencia	Dirección residencia		Email		

INFORMACION ACCIONISTAS, SOCIOS O ASOCIADOS (Con capital mayor al 5%)						
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	PEP <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social	Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>

Excede número de socios o asociados Si ____ No ____ *En caso de haber marcado si anexar relación de socios o asociados e indicar cuales con personas PEP

SI SE SOLICITA PARA UNA AGENCIA O SUCURSAL DE LA ENTIDAD PRINCIPAL					
Nombre de Agencia/ Sucursal	Departamento	Ciudad	Barrio	Estrato	
Dirección	Teléfono 1	Teléfono 2	Fax	Email	

REFERENCIAS COMERCIALES				
PROVEEDOR	Nombre o razón social del Proveedor	Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)
	Nombre o razón social del Proveedor	Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)
CLIENTES	Nombre o razón social del Cliente	Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)
	Nombre o razón social del Cliente	Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)

INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA CREDITO			
Monto o cupo Solicitado	Destino	Plazo	Línea
Garantía: Hipotecaria <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> Otra, cual _____		Periodicidad	Forma de pago: Efectivo <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>

ENTREVISTA				
Recibe giros del Exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , si su respuesta es sí cual es el valor mensual de los giros recibidos _____ por qué concepto?				
Nro. de identificación del(los) remitentes		Nombre(s) del(los) remitente(s)		
Tipo de relación con el (los) remitente(s)				
Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie la siguiente información de los productos en moneda extranjera)				
Tipo de Operación	Tipo de producto: Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/>	Moneda	Nro. de producto	Monto
Entidad:	País:		Ciudad:	
Empresa Conformada o Registrada en Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Alguno de los accionistas con 5% de participación es Estadounidense? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Resultados de entrevista :				
Fecha de entrevista DD MM AAAA	Hora entrevista	Nombre y apellidos entrevistador	Cargo entrevistador	Firma del Entrevistador

AUTO CERTIFICACION CUMPLIMIENTO LEY FATCA Y CRS						
¿Alguno de los representantes legales, miembros de junta directiva, asociados o accionistas es residente fiscal en cualquier país diferente a Colombia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie los siguientes campos para los accionistas que apliquen como responsables fiscales:						
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Excede número de responsables fiscales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *En caso de haber marcado SI anexar relación los representantes legales, miembros de junta directiva, asociados o accionistas						

DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y FONDOS	
Yo, Identificado con el nombre y documento de identidad, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando como representante legal de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de <i>fuentes de bienes y fondos</i> a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de captación, productos de colocación y demás servicios financieros que ofrece la Cooperativa.	
1. Actualmente los Bienes (Activos) que posee la Entidad provienen de <input type="checkbox"/> Compraventa <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Aporte de los Socios <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otros	
2. Los recursos que entregué en depósito, provienen de las siguientes fuentes: <input type="checkbox"/> Desarrollo del objeto social <input type="checkbox"/> Capitalización por parte de socios <input type="checkbox"/> Utilidades del negocio <input type="checkbox"/> Rendimientos por inversiones <input type="checkbox"/> Dividendos y participaciones <input type="checkbox"/> Otros	
3. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.	
4. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.	
5. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.	

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES	
Débito depósito: Autorizo de manera voluntaria a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para debitar de los depósitos de ahorro de la entidad todo compromiso que desprenda de la vinculación con ella, tales como aportes sociales, pago de créditos, seguros, contratos de ahorro o cualquier cuenta por cobrar pendiente a nombre de la entidad	
Envío de información correo electrónico: Autorizo de manera voluntaria e informada a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para enviar mensajes relativos a mi relación con CFA a la dirección electrónica reportados a través de esta solicitud.	
Autorización consulta y reporte a centrales de información y riesgo: Yo, actuando como representante legal, doy consentimiento expreso a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, o a quien sea en el futuro el acreedor de la obligación para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme una garantía, b) Reportar a las centrales de riesgo, datos del cumplimiento o del incumplimiento, de mis obligaciones, c) Conservar, tanto en CFA, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos, información crediticia, d) Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos, e) Reportar a las autoridades públicas, tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales, f) Envié la notificación previa al reporte negativo a centrales de riesgo por mensaje de datos tales como correo electrónico o de manera física a las direcciones que tenga registradas en la Cooperativa.	
Veracidad y Actualización de datos: Declaro que todo los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; y por ello autorizo su verificación desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con la entidad, así mismo si se presentan cambios en los datos consignados en esta solicitud, me obligo a informarlos oportunamente, a CFA y a actualizar una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando los respectivos soportes, de lo contrario la Cooperativa está facultada para cancelar cualquiera de los productos o servicios adquiridos. Autorizo de manera voluntaria a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para actualizar mi información personal y/o demográfica por cualquier medio dispuesto por la entidad para el efecto.	
Cancelación de productos: La Cooperativa podrá terminar, suspender y bloquear la relación comercial con la persona jurídica a la cual represento, cuando cualquiera de los socios o accionistas, la empresa o los administradores de la misma figuren en cualquier tipo de investigación o proceso, sean incluidos en listas, requerimientos de entidades de control o noticias tanto a nivel nacional como internacional por la comisión de delitos fuente de lavado de activos o financiación del terrorismo.	
Destrucción de la información: Autorizo a CFA a destruir los documentos anexos a esta solicitud de vinculación, vencidos (30) días desde la notificación de su rechazo o aplazamiento si no lo hubiere reclamado.	
Medidas de seguridad: Certifico que he sido informado y capacitado acerca de las medidas de seguridad que se deben tener en cuenta para la realización de operaciones por el canal, así como de los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de productos.	
Suministro de información: Declaro he indagado y he sido informado de manera comprensible, clara, veraz y oportuna sobre los reglamentos, las características, condiciones, uso, costos y las tarifas de los productos y servicios contratados.	
Protección al consumidor: Declaro que he indagado y he sido informado de manera comprensible, cierta, suficiente, y oportuna sobre mis derechos y obligaciones como consumidor financiero, las obligaciones de CFA, los procedimientos para la atención de peticiones, quejas y reclamos, la existencia del Defensor del Consumidor Financiero y que dicha información o cualquier modificación en tarifas o costos puede ser consultada en la página WEB o en las oficinas de CFA.	
Acuerdo Cooperativo: Una vez admitido como Asociado de la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, declaro que me someto a sus Estatutos y Reglamentos y me comprometo a mantener el Aporte mínimo Estatutario y para el efecto le autorizo para que debite de la cuenta de ahorros de la entidad el monto de recursos necesarios para actualizar los aportes sociales de acuerdo a lo establecido en los estatutos.	
Maneja recursos de naturaleza inembargable: Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de marcar "si", se deberán anexar los certificados o soportes que den cuenta de la condición de inembargabilidad de los recursos que se manejan en la cuenta.	

AUTORIZACION CANALES DE CONTACTO	
Amparado por la Ley 2300 del 2023 y con el fin de proteger el derecho a la intimidad, autorizo a CFA Cooperativa Financiera y a la Fundación CFA contactarme de forma directa, por medio de terceros o por sus cesionarios para la gestión de negociación de cartera, cobro, gestión comercial y gestión social a través de los siguientes canales:	
Canales para gestión comercial y social (para recibir la información relacionada con beneficios comerciales de la Cooperativa y beneficios de la fundación CFA) : Todos los canales <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Whatsapp <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> Canal de video llamada <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	
(*si solo elige el canal telefónico es posible que no reciba todas las comunicaciones, promociones, campañas o invitaciones de carácter público y comercial)	
Canales para cobranza (donde me podrán brindar diferentes alternativas): Todos los canales <input type="checkbox"/> Telefónico-Whatsapp <input type="checkbox"/> Telefónico-SMS <input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Whatsapp <input type="checkbox"/>	
Se exceptúan de esta autorización los contactos permitidos según la ley tales como: información transaccional, operacional o informativa de sus productos financieros, información solicitada por usted mismo en calidad de asociado, ahorrador o deudor, Información relacionada con el ejercicio de los derechos fundamentales como asociado y el cumplimiento de los deberes especiales de los asociados; así como cualquier información de carácter normativo o contractual que le deba ser suministrada..	
Mi Correo electrónico queda autorizado para cualquier tipo de notificación por parte de CFA o cualquiera de sus proveedores y aplica para procesos judiciales o extrajudiciales	
CFA lo contactara para su gestión de cobranza de forma directa, por medio de terceros o por sus cesionarios de la obligación o para gestión comercial dentro de los siguientes horarios: Lunes a viernes 7:00 am - 7:00 pm Sábados 8:00 am -3:00 pm	
En caso que el crédito otorgado por CFA corresponda a las líneas MICROCRÉDITO, CRÉDITO FOMENTO, DESARROLLO AGROPECUARIO O RURAL, autorizo expresamente a la entidad o quien ésta delegue para realizar las visitas respectivas de conformidad con el parágrafo 1 del artículo 6 de la Ley 2300 de 2023 y aplicar la metodología diseñada por CFA para este tipo de créditos, o cuando sus datos se encuentren desactualizados y CFA requiera contactarlo de forma directa, por medio de terceros o por sus cesionarios de la obligación	

FIRMA		
En constancia de haber leído, entendido y aceptado al momento de la vinculación las declaraciones y autorizaciones del presente documento, así como la información referente a medidas de seguridad, derechos y deberes del consumidor financiero, presentación de quejas y reclamos, guía de bloqueo e inactivación, costos y tarifas de productos y servicios, guía para manejo de la deuda y protección de datos personales, y me he informado y me adhiero a las condiciones del Reglamento de los Productos y Servicios solicitados en el presente documento, los cuales se encuentran a disposición permanente en la página web de la Cooperativa www.cfa.com.co , firmo el presente documento.		
Firma Representante Legal	Cédula de Ciudadanía	Huella Dactilar

ESPACIO RESERVADO PARA CFA

Saldo aportes \$	Saldo cuentas de ahorro \$	Valor depósitos a termino \$	Asesorado por Cód. Vendedor:
---------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

OBSERVACIONES GENERALES

APROBACION VINCULACION

Nombre del empleado	Cargo	Fecha de aprobación
---------------------	-------	---------------------

Motivos de aprobación o negación

FIRMA APROBACIÓN