

Fecha de Diligenciamiento <small>Año Mes Día</small>		Oficina/Agencia		<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INGRESO <input type="checkbox"/> ACTUALIZACION DE DATOS		1.VINCULO ESTATUTARIO ↓	
Yo, _____, identificado (a) como aparece al pie de mi firma, representante legal de la empresa _____ con la presente solicito se admita como Asociado (a) de la COOPERATIVA FUTURISTA DE AHORRO Y CREDITO DE NEIVA. - COFACENEIVA - y expreso que la empresa cumple con los requisitos para ser asociado y que conozco y me someto a sus Estatutos y Reglamentos.							
2.INFORMACIÓN BÁSICA		Razon Social		Nombre Comercial		Tipo de Empresa <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta	
Número de Identificación NIT		Fecha de constitución <small>Año Mes Día</small>		Oficina/Agencia <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> of. Ppal <input type="checkbox"/> Casa Matriz		Obligado a tributar U.S <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> TIN	
Clase de empresa privada <input type="checkbox"/> Consorcio <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> LTDA <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Unipersonal <input type="checkbox"/> Entidad sin animo de lucro						Entidad pública de orden <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dptal <input type="checkbox"/> Municipal	
Tipo de entidad <input type="checkbox"/> Serv. Públicos <input type="checkbox"/> Corporacion <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Asociación <input type="checkbox"/> Fondo <input type="checkbox"/> Conjunto Residencial <input type="checkbox"/> Establecimiento Público <input type="checkbox"/> Ninguno							
<input type="checkbox"/> Entidad Financiera <input type="checkbox"/> Fundaciones <input type="checkbox"/> Sindicatos <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Belleza <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual						3.DATOS DE UBICACIÓN ↓	
Dirección de empresa		Barrio		Municipio		Departamento	
Número de Celular		Telefono Fijo		Fax		Direccion envio correspondencia	
						Oficina/agencia	
4. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Marque una única casilla de actividad principal) →				Describa la actividad económica principal		codigo CIU	Actividad Económica CIU
							Sector económico
5.INFORMACIÓN TRIBUTARIA		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
						Segundo Nombre	
Tipo de contribuyente <input type="checkbox"/> Personas jurídicas, comerciales, civiles y consorcios <input type="checkbox"/> Corporaciones, fundaciones y asociaciones sin animo de lucro <input type="checkbox"/> No contribuyente							
<input type="checkbox"/> Entidad publica nacional o territorial <input type="checkbox"/> Cooperativas							
Sociedad o entidad extranjera con establecimiento permanente		Vigilado por:		Gran contribuyente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Responsable de IVA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				Autorretenedor de otras empresas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Intermediario del mercado cambiario <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
						6. REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO ↓	
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
						Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I.	
Número de Identificación		Ciudad de Expedición		Fecha de Expedición <small>Año Mes Día</small>		Fecha de Nacimiento <small>Año Mes Día</small>	
						Ciudad de Nacimiento	
						Número de Celular	
Cargo actual <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Subgerente <input type="checkbox"/> Coordinador <input type="checkbox"/> Auxiliar		Escriba el cargo		Ciudad		Teléfono oficina	
						Correo Electrónico	
7. REFERENCIAS →		Referencia Familiar →		Nombres y Apellidos		Dirección	
						Municipio	
Departamento		Telefono/ celular		Parentesco		Referencia Personal →	
						Nombres y Apellidos	
Dirección		Municipio		Departamento		Telefono/ celular	
						Relación	
Referencia Financieras →		Nombre de la entidad		Dirección oficina		Municipio	
						Departamento	
Tipo cuenta		N°					
						8. INFORMACIÓN DE OBLIGACIONES Y MODALIDADES DE AHORRO ↓	
Me comprometo a aportar de mis ingresos con destino a APORTES SOCIALES \$ _____ mensuales, ahorro contractual mensual \$ _____ y ahorro a la vista estrictamente voluntario \$ _____ Ahorro Vacacional \$ _____ Ahorro Futurista _____, AUTORIZO A USTEDES PARA QUE EN CASO DE LIQUIDACIÓN, ENTREGUE MIS APORTES, AHORROS Y AUXILIOS POR LA COOPERATIVA a la persona encargada							
9. DATOS FINANCIEROS				9.1 INGRESOS MENSUALES ↓			
Ventas o ingresos		Ingresos no operacionales		\$ Otros Ingresos		Proviene de: De:	
Procedencia de los Fondos que Maneja:		Los Ingresos Proviene de :		Valor de los Activos		Valor de los Pasivos	
9.2 EGRESOS MENSUALES ↓				Compromisos Vigentes con Personas Naturales, Jurídicas ó Sector Financiero			
Nombre de la Entidad o Persona:		Tipo de deuda <input type="checkbox"/> T.Cr <input type="checkbox"/> Obli <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Vencimiento <small>Año Mes Día</small>		Saldo Actual	
						Valor Cuota Mensual	
						Garantía	
Nombre de la Entidad o Persona:		Tipo de deuda <input type="checkbox"/> T.Cr <input type="checkbox"/> Obli <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Vencimiento <small>Año Mes Día</small>		Saldo Actual	
						Valor Cuota Mensual	
						Garantía	
Nombre de la Entidad o Persona:		Tipo de deuda <input type="checkbox"/> T.Cr <input type="checkbox"/> Obli <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Vencimiento <small>Año Mes Día</small>		Saldo Actual	
						Valor Cuota Mensual	
						Garantía	
Nombre de la Entidad o Persona:		Tipo de deuda <input type="checkbox"/> T.Cr <input type="checkbox"/> Obli <input type="checkbox"/> Otro		Fecha de Vencimiento <small>Año Mes Día</small>		Saldo Actual	
						Valor Cuota Mensual	
						Garantía	
						Total Compromisos (A): \$	
OTROS EGRESOS (Salud, Alimentación, Vestido, Educación y Otros) (C):				TOTAL EGRESOS MENSUALES (A+C):			
9.3 OTROS ACTIVOS (Semovientes, Cosechas, Inventarios, Títulos Valores) →				Descripción de Otros Activos		Valor Comercial	
10.OPERACIONES INTERNACIONALES →				Realiza Operación en Moneda extranjera <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso de realizar transacciones en Moneda Extranjera favor diligenciar los siguientes items: ↓	
Nombre de la Moneda en que realiza las transacciones:		Tipo de Operación : <input type="checkbox"/> 1. Importaciones <input type="checkbox"/> 2. Inversiones <input type="checkbox"/> 3. Exportaciones <input type="checkbox"/> 4. Transferencias <input type="checkbox"/> 5. Prestamos en Mon Extr <input type="checkbox"/> 6. Pago de Servicios <input type="checkbox"/> 9. Otros. Cuales:					
Descripción de las Operaciones en Moneda Extranjera:		Nombre Entidad Internacional:		Numero de Cuenta de la Entidad Extr.		Ciudad	
						País	
11.AUTORIZACIONES ↓							
Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a COFACENEIVA a realizar las correspondientes consultas y reportes en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008.							
AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES ↓							
"En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a COFACENEIVA a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para: 1. El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros. 2. La administración de los productos o servicios comercializados a través de COFACENEIVA de los que soy titular. 3. La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que COFACENEIVA establezca para tal fin. 4. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, COFACENEIVA podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de COFACENEIVA, a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien COFACENEIVA establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información. Así mismo, en mi calidad de titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a COFACENEIVA para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier Operador de Información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico. Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente."							

12. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

"Declaro que:

1. La información suministrada a COFAC ENEIVA es auténtica y veraz, por lo tanto la autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que COFACENEIVA considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos.
2. Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades lícitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos.
3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes.
4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en COFACENEIVA, sin que tal hecho genere responsabilidad para COFACENEIVA.
5. COFACENEIVA queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos.
6. Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con COFACENEIVA, provienen de actividades lícitas."

13. ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA BIOMETRÍA

Acepto con COFACENEIVA a partir de la presente fecha, que si realizo operaciones de acuerdo con los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, a través del sistema biométrico consistente en que cada operación la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendrá los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con la Cooperativa. Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Igualmente que la (s) huella (s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podrán ser capturadas y almacenadas en una base de datos de la Cooperativa o donde corresponda para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o haga uso de un servicio ofrecido. Igualmente la Cooperativa queda autorizada para solicitar y refrendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy COFACENEIVA ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la (s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones, utilizaré la(s) huella (s) dactilar (es) registrada (s) en el sistema biométrico. Pero en todo caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de la Cooperativa pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que la Cooperativa pueda tomarme fotografías y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transacción y haga uso de la misma para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por la Cooperativa. Igual autorización doy para mi beneficiario (s) o cuando autorice a terceros, estos tendrán mi autorización plena para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aquí se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos, igual hago en el evento que se implante o use cualquier otro medio adicional de identificación. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operación realizada con la Cooperativa.

14. AUTORIZACIÓN DE COMPENSACIÓN

Autorizo a COFACENEIVA para que en caso de no registrarse el pago en la fecha límite, compense el valor de la(s) cuotas a mi cargo de cualquier cuenta o depósito que individual, conjunta o solidariamente posea en COFACENEIVA.

15. ESPACIO RESERVADO PARA FIRMAS

<p>_____</p> <p>Firma del Asociado</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p>Huella Índice Derecho</p>	<p>_____</p> <p>Diligenció</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">Fecha</p> <p style="margin: 0;">Año Mes Día</p> </div> <p>_____</p> <p>Verificó</p>
--	--	--------------------------------	---

16. ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

Resultado de la visita o entrevista al asociado

Lugar	Año	Fecha	Hora	Nombre de la persona que realiza la entrevista	Cargo
		Mes Día			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Concepto:			
Nombre del empleado de la cooperativa que confirma las referencias y datos:				Año	Fecha
				Mes Día	Hora
<p>_____</p> <p>Firma quién verifica y valida datos</p>			<p>_____</p> <p>Firma Aprobación Gerente</p>		

