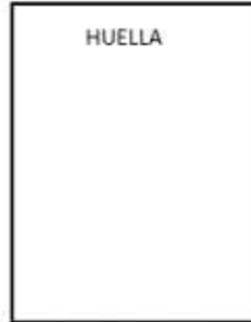
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD				Código: FR-ATA-005			
	FORMATO VINCULACION FINANCIERITO				Versión: 01			
	PROCESO ATENCIÓN AL ASOCIADO				Fecha: 10/09/2024			
NIT: 800.175.594-6 - Vigilada SUPERSOLIDARIA - Inscrita a FOGACOOB - www.cofaceneiva.com								
DATOS PERSONALES								
Primer Apellido:	Segundo apellido:	Nombres:	Sexo:	Tipo ID:	Identificación:	Lugar Expedición:		
Fecha Expedición:	Fecha Nacimiento:	Lugar Nacimiento:	Correo Electrónico:	Celular:				
Nivel Estudios:	País:	Departamento:	Municipio:	Barrio:	Dirección:	Teléfono:		
GRUPO FAMILIAR								
TIPO ID	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES COMPLETOS		FEC NAC	PARENTESCO			
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL								
Identificación:	Nombre Representante (Empresa y/o Menor edad):							
Tipo de Vivienda:		Fecha Residencia:		Tiempo Residencia:				
INFORMACION LABORAL								
Nombre de la empresa:		Dirección:		Cargo actual:	Departamento:	Municipio:		
PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEP Y OTROS DATOS								
Administra recursos públicos:	Ejerce poder público:	Labora familiares en el sector público:	Familiar vinculado a la cooperativa:	Reconocimiento público:	Recibe giros de otra ciudad y/o país:			
INFORMACIÓN DE OBLIGACIONES Y MODALIDADES DE AHORRO								
Me comprometo a aportar de mis ingresos con destino a APORTES SOCIALES \$ _____ mensuales, Ahorro Financiero \$ _____.								
INFORMACION FINANCIERA								
INGRESOS MENSUALES								
Sueldo:	Pensión:	Arriendos:	Comisiones:	Honorarios:	Ingreso Negocio:	Otros Ingresos	TOTAL:	
EGRESOS MENSUALES								
Arrendamiento:	Cuotas Obl Financieras:		Manutención	Cuota Cofaceneiva		Otros	TOTAL:	
PASIVOS								
Sector Financiero:	Sector Solidario:	Sector Real:	Tarjetas Créditos	Obligaciones Indirectas:	COFACENEIVA:	Otros	TOTAL:	
Cuota:	Cuota:	Cuota:	Cuota:	Cuota:	Cuota:	Cuota:	CUOTAS TOTAL:	
DESCRIPCIÓN DE LOS ACTIVOS (Bienes Raíces, Vehículos y Otros Activos)								
Tipo Bien Raíz:		Departamento:	Municipio:	Dirección:	Escritura N°:	Matricula inmobiliaria N°:		
Notaría:	Valor comercial:	Hipoteca a Favor de:		Valor Cuota:	Saldo Actual de la Deuda:		Valor Arriendo:	
Tipo Bien Raíz:		Departamento:	Municipio:	Dirección:	Escritura N°:	Matricula inmobiliaria N°:		
Notaría:	Valor comercial:	Hipoteca a Favor de:		Valor Cuota:	Saldo Actual de la Deuda:		Valor Arriendo:	
Tipo Vehículo:	Marca:	Modelo:	Placa:	Valor Comercial:	Pignorado a Favor de:		Valor Cuota:	Saldo Deuda:
Tipo Vehículo:	Marca:	Modelo:	Placa:	Valor Comercial:	Pignorado a Favor de:		Valor Cuota:	Saldo Deuda:
Descripción Otros Activos:	Valor Comercial:	Descripción Otros Activos:	Valor Comercial:	Descripción Otros Activos:	Valor Comercial:			
Descripción Otros Activos:		Valor Comercial:	Descripción Otros Activos:		Valor Comercial:			
TOTAL ACTIVOS:	TOTAL PASIVOS:	PATRIMONIO:	TOTAL INGRESOS MENSUALES:		TOTAL EGRESOS MENSUALES:			
BENEFICIARIO CUENTA								
Autorizo a ustedes para que en caso de fallecimiento, entregue mis ahorros y auxilios por la cooperativa a:								
IDENTIFICACIÓN		NOMBRES COMPLETOS		PARENTESCO		PORCENTAJE		

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA				
Realiza operaciones en moneda extranjera:	Tipo Inversión:	Cuáles:	Posee cuentas en moneda extranjera:	
N. Cuenta:	Banco:	Moneda:	País:	Ciudad:

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera.



SOLICITUD DE INGRESO

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. 1. La información suministrada a COFACENEIVA es auténtica y veraz, por lo tanto, 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 provienen de ningún delito. 3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectúe 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.

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 con 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 estos 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, FOGACOOOP 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.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: 1. La información suministrada a COFACENEIVA 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 efectúe 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.

ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA DE 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 esta 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.

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.

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA CONSULTAR Y REPORTAR A CENTRALES DE RIESGOS

Autorizo(amos) a COFACENEIVA y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi (nosotros) contraídas con COFACENEIVA. Para que con fines estadísticos, control, supervisión y de información comercial a otras entidades, reporte a las centrales de información de la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que lleguemos a contraer, fruto de contratos celebrados con COFACENEIVA. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también de solicitar información sobre mi (nuestra) relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN A LAS ASEGURADORAS

Autorizo expresamente para que suministren a las aseguradoras con la cual exista convenio, copia de mi historia clínica y de todos los datos que posean de mi salud, aun después de mi fallecimiento. Renuncio por lo tanto a todas las disposiciones de la Ley la jurisdicción que prohíban a los médicos y cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me han atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo del diagnóstico o tratamiento. La anterior declaración la hago con el fin de descartar cualquier negatividad aduciendo la reserva contemplada en las normas y en la jurisprudencia que al respecto le regule o le llegare a regular. Autorizo a la Aseguradora a consultar bases de datos de seguros de personas de las demás bases de datos que contengan información sobre mis antecedentes comerciales y financieros.

INFORMACION SOBRE PARENTESCO DE PRIVILEGIADOS

Observación : Si tiene algún parentesco o pertenece actualmente al Consejo de Administración y/o Junta de Vigilancia y/o Gerencia, favor diligencie lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Consejo de Administración	<input type="checkbox"/> Junta de Vigilancia	<input type="checkbox"/> Fliar Consejo de Administración	<input type="checkbox"/> Fliar Junta de Vigilancia	<input type="checkbox"/> Fliar Gerencia
--	--	--	--	---

Identificación

Nombre Completo

HUELLA

IMPORTANTE: Certifico que la información aquí suministrada, es verídica y autorizo a COFACENEIVA para que la verifique. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice. Declaro que mis ingresos y bienes, provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

C.C	De	Fecha de Ingreso:	Usuario	Fecha Impresión	Acta Aprobacion:
USO EXCLUSIVO DE COFACENEIVA					
Aprobado por:					
Fecha realización entrevista	Nombre y Cédula Funcionario que realizó la entrevista		Nombre y Cédula Funcionario que verificó la información		Fecha verificación información:
Propósito de la Afiliación					
¿Cuál de las siguientes opciones consideras es la más cercana a la intención de vincularse a COFACENEIVA?					
<input type="radio"/> Ahorrar <input type="radio"/> Beneficios sociales <input type="radio"/> Otro, ¿cuál?					
DATOS ANEXOS (Marcar con una X)					
Fotocopia documento de indentificación:___	Constancia de ingresos (Honorarios, laborales, certificaciones de ingresos y retenciones):___		Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a tres meses:___		
Fotocopia documento de indentificación tributaria NIT:___	Fotocopia del Documento de indentificación del representante legal:___		Consulta Visor:___	Consulta Biometría:___	