



FECHA: _____

RECOMENDACIONES: *Diligenciar el formulario en tinta negra sin tachones, enmendaduras, adjuntando la documentación requerida *Solicitud que no esté debidamente diligenciada y con los documentos requeridos, no entrará para estudio *La recepción de los documentos no implica aprobación

Afiliación		Ciudad		Oficina		Fecha de vinculación	
primera vez	reafiliación						

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Razón social				NIT				DV	
Sigla		Ciudad		Dirección principal				Tipo de empresa	
				Pública		Privada		Mixta	
								Otra	
Detalle de actividad económica de la empresa			Página Web		Correo electrónico			Celular	
								Fax	
Gran Contribuyente		Código CIU		Información tributaria					
Si		No		Autorretenedor		Si		No	
								Régimen de IVA	
								Común	
								Simplificado	

1.1 REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos del Representante Legal				Tipo de Documento			Número		Fecha y lugar de expedición		
				C.C.	C.E.	P.P.					
Dirección Domicilio				Ciudad			Departamento		Teléfono		
¿Maneja dinero del Estado o es una persona expuesta públicamente (PEP)?								Si		No	

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales:				Total Egresos Mensuales:					
Otros Ingresos Mensuales:				Otros Egresos Mensuales:					
Total Activos:				Total Pasivos:					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		Mes	Año	Es Declarante:		Si		No	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:									

3 REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre o razón social		Dirección		Ciudad		Teléfono	

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

Declaro que el origen de los fondos o recursos con los cuales se manejará esta cuenta provienen de actividades lícitas, que detallo a continuación:									
<p>Declaro que el origen de los fondos para la apertura de esta cuenta provienen de actividades lícitas, y no acepto como propios, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que modifique o adicione, ni efectúe transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a COOPCREDIQUINTAS o a quien represente sus derechos y ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, real o solidario, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos para fines de conocimiento y perfilación de clientes; toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con COOPCREDIQUINTAS, con fines estadísticos de control, supervisión, pruebas de mercado, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de Habeas Data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde consignar de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y general frente al comportamiento de mis obligaciones. 3) Debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que xxxx me suministre. Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por COOPCREDIQUINTAS. 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, eliminar, la información, así como solicitar por cualquier medio a COOPCREDIQUINTAS no utilizar ni revocar mi información principal. 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivadas de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) COOPCREDIQUINTAS me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Autorizo a COOPCREDIQUINTAS a enviarnos información sobre nuestro estado de cuenta por medio escrito, correo electrónico, mensajes de texto, de voz vía celular y cualquier otro medio de comunicación que disponga para tal fin.</p>									

5. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente formulario es veraz y exacta; y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, firmo en constancia									
Firma Solicitante o Representante Legal						Huella índice derecho			

6. RESULTADOS ENTREVISTA O VISITA AL CLIENTE

Lugar:		Fecha				Hora				
		aa	mes	día		am	pm			
Resultado:										
Observaciones:										
Nombre y firma Asesor Oficina										

7. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha			Hora			Teléfono			
aa	mes	día	am	pm					
Nombre persona que atendió						Parentesco:			
Confirmación de dirección						si		no	
Aceptado		Rechazado		Observaciones:					
Nombre y firma oficial de cumplimiento									

Nombre del representante legal