

Oficina:	Fecha y hora de la entrevista: <u>DD-MM-AAAA</u> / <u>HH:MM</u>	Asesor:
----------	---	---------

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y DEMOGRÁFICA

Tipo Documento: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.Ext <input type="radio"/> Otro: _____		Número de identificación: _____	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nombres: _____		1° Apellido: _____	2° Apellido: _____
Fecha y lugar de nacimiento: <u>DD-MM-AAAA</u> _____	<u>Ciudad/Departamento</u> _____	<u>País</u> _____	
Fecha y lugar expedición documento: <u>DD-MM-AAAA</u> _____	<u>Ciudad/Departamento</u> _____	<u>País</u> _____	
Fecha Vigencia documento: <u>DD-MM-AAAA</u>	N° Pasaporte: _____	Fecha Vencimiento Pasaporte: <u>DD-MM-AAAA</u>	
Nacionalidad: Colombiana <input type="radio"/> Otra(s): _____			
¿Posee Residencia Fiscal en otros países (diferentes a Colombia)? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> . En caso afirmativo indique cuales y su respectivo TIN (o SSN para Estados Unidos):			
País 1: _____	TIN 1: _____	Fecha de inicio: _____	
País 2: _____	TIN 2: _____	Fecha de inicio: _____	

Nro. de personas a cargo: _____	Nro. personas que aportan al hogar: _____	Estado civil: Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>
Nivel de estudios	Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/> Título obtenido: _____ Universitario <input type="radio"/> Especialización <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/>	

NOTA: Si NO es el Consumidor Principal, favor escoja la calidad bajo la cual lo representa y diligencie sus datos:

APODERADO REPRESENTANTE LEGAL CURADOR

Tipo Doc.: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Otro: _____		Número de identificación: _____	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nombres: _____		1° Apellido: _____	2° Apellido: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Tipo Vivienda: Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____	Estrato: _____
Dirección residencia: _____ <u>Barrio/Ciudad /Departamento/País</u> _____ Tel: _____	
Complemento dirección: _____	
Otra dirección: _____ <u>Barrio/Ciudad /Departamento/País</u> _____ Tel: _____	
¿Posee Celular? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿número? _____ ¿Posee Correo electrónico? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> ¿cuál? _____	
Envío Reporte Anual de Costos: En oficina <input type="radio"/> Sucursal virtual <input type="radio"/> Dirección correspondencia <input type="radio"/> Dirección correspondencia: Residencia <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	

INFORMACIÓN CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo Documento: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.Ext <input type="radio"/> Otro: _____		Número de identificación: _____	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Nombres: _____		1° Apellido: _____	2° Apellido: _____

REFERENCIAS

Personales	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
Familiares	Nombre: _____	<u>Parentesco</u> _____	Teléfono 1: _____
	Nombre: _____	<u>Parentesco</u> _____	Teléfono 1: _____

¿El cliente es PEP? SI NO Si la respuesta es positiva, recuerde diligenciar y adjuntar el formato Vinculación PEPS (VC-FR-014 Personas Públicamente Expuestas PEPS)

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ocupación	Empleado <input type="radio"/>	Nombre empresa: _____ Tipo contrato: Fijo <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____ F. inicio: <u>DD-MM-AAAA</u> Cargo: _____ F. vencimiento: <u>DD-MM-AAAA</u> Ingreso/salario mensual: \$ _____
	Pensionado / Jubilado <input type="radio"/>	Nombre empresa: _____ F. inicio: <u>DD-MM-AAAA</u> Ingreso mensual: \$ _____
	Independiente <input type="radio"/>	Actividad económica: _____ F. inicio actividad: <u>DD-MM-AAAA</u> Ingresos/Ventas mensuales: \$ _____ ¿Establecimiento comercial? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Nombre: _____
	Ama de casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Sin Ocupación <input type="radio"/>	Ingreso mensual: \$ _____
Dirección empresa/establecimiento: _____ <u>Barrio/Ciudad /Departamento/País</u> _____		Tel: _____
Otros ingresos: \$ _____	Descripción: _____	Egresos mes: \$ _____
Vivienda Propia: \$ _____	Vehículos: \$ _____	Otros Activos: \$ _____
Total Pasivos: \$ _____		Otros inmuebles: \$ _____
Inversiones: \$ _____		
Los bienes han sido adquiridos por medio de: Actividad económica <input type="radio"/> Donación <input type="radio"/> Herencia <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____		
Los recursos entregados provienen de: Actividad Económica <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____		
País origen de recursos: Colombia <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____		
Realiza actividades en moneda extranjera: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Tipo transacción: Importación <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál? _____	
<u>Tipo producto</u> _____	<u>Moneda</u> _____	<u>Ciudad-País</u> _____
<u>Nro producto</u> _____	<u>Monto</u> _____	<u>Entidad</u> _____
Maneja recursos de terceros: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> T.I.: _____ N°: _____ Nombres y apellidos: _____		

APRECIADO CLIENTE
Asegúrese de leer antes de firmar

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y OTROS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria, realizo las siguientes declaraciones, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA y demás leyes y decretos vigentes concordantes con las operaciones de crédito, apertura y manejo de cuentas de ahorro:

- 1) Declaro que los recursos que entregue o llegue a entregar a la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- 2) No admitiré que terceros efectúen depósitos o pagos 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.
- 3) Autorizo a la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA a saldar las cuentas y/o cancelar anticipadamente los depósitos que mantenga en esta institución en caso de infracción o violación de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o ante el incumplimiento de los reglamentos de los diferentes productos y servicios establecidos por COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA.
- 4) Si se presentan cambios en los datos consignados, me obligo a informarlos oportunamente a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.
- 5) Manifiesto que acataré las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen a la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA. De igual forma, acataré las decisiones que en desarrollo de sus actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración.
- 6) Autorizo a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada.
- 7) Autorizo expresamente a la empresa de la cual percibo mis ingresos, para consultar la información financiera relacionada con los productos que he adquirido con la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, cuyo pago se realice a través de descuento de nómina.
- 8) Autorizo en forma permanente mediante la firma de este documento a la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA para que, en cumplimiento de normas nacionales o extranjeras, acuerdos intergubernamentales o interinstitucionales, tratados internacionales o similares, aplique las consecuencias 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 y demás leyes internacionales.

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo voluntariamente a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones que realicemos con dicha entidad, y/o información sobre obligaciones crediticias y/o notificaciones previas para el reporte a centrales de riesgo, y/o mensajes de gestión de cobro, y/o información de campañas comerciales realizadas por COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA a través de cualquier medio de comunicación. La información puede enviarse al teléfono celular y/o al correo electrónico reportado como de nuestro uso o propiedad. El costo de los mensajes enviados será asumido por COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA para que, en los términos del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, circulación, supresión y en general para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos como fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados sensibles de conformidad con la Ley; esto con el fin de lograr su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales conforme a lo descrito en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA; la cual incluye los derechos de los titulares de la información, así como de los medios y procedimientos para hacerlos efectivos. Esta información puede ser consultada en la página web: www.cotrafa.com.co.

Además, manifiesto de manera libre, expresa, inequívoca e informada que AUTORIZO en forma permanente a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, para que realice la validación de mi identidad por medio de mis huellas dactilares contra la información biométrica contenida en las bases de datos biométricas que produce y administra la Registraduría Nacional del Estado Civil. La información biométrica consultada de las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, no se podrá revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmo el presente documento en el espacio definido para las firmas y certifico que la información suministrada en la presente solicitud es cierta y autorizo a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA para su verificación.

Firma en calidad de: Titular / Representante Legal / Apoderado / Curador	
Firma	Huella del Firmante
Nombre del Firmante	
Documento de identidad del Firmante	

ESPACIO RESERVADO PARA COTRAFA
OBSERVACIONES

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 la COOPERATIVA. 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

Firma Asesor Cotrafa: