



COFINAL
COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO NACIONAL

SOLICITUD DE AFILIACION Y/O VINCULACION PERSONA NATURAL

(Por favor diligenciar en letra imprenta sin tachones ni enmendaduras)
TODOS LOS CAMPOS DE ESTE FORMULARIO SON DE CARÁCTER OBLIGATORIO
TRAMITAR EL CAMPO RESPECTIVO, SEGÚN SEA EL CASO

ESPACIO EXCLUSIVO COFINAL			No. CUENTA:	
FECHA DE SOLICITUD		AGENCIA	CIUDAD	DEPARTAMENTO
AÑO	MES			

INFORMACION PERSONAL DEL ASOCIADO							
No. IDENTIFICACION	TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE EXPEDICION		
	C.C. <input type="radio"/>	PASAPORTE <input type="radio"/>	RUT <input type="radio"/>		AÑO	MES	DIA
	C.E. <input type="radio"/>	NIT <input type="radio"/>	OTRO <input type="radio"/>				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS DE NACIMIENTO	FECHA NACIMIENTO	GENERO	ESTADO	SOLTERO <input type="radio"/>	UNION LIBRE <input type="radio"/>	VIUDO <input type="radio"/>
		AÑO MES DIA	F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	CIVIL	CASADO <input type="radio"/>	CABEZA FLIA <input type="radio"/>	SEPARADO <input type="radio"/>
PERSONAS A CARGO	NIVEL	PRIMARIA <input type="radio"/>	TECNICO <input type="radio"/>	UNIVERSITARIO <input type="radio"/>	NINGUNO <input type="radio"/>	TITULO OBTENIDO	
	ACADEMICO	BACHILLERATO <input type="radio"/>	TECNOLOGICO <input type="radio"/>	POSGRADO <input type="radio"/>			
DIRECCION DE RESIDENCIA		BARRIO / VEREDA			CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	
PAIS DE RESIDENCIA	TELEFONO	CELULAR	ESTRATO	CORREO ELECTRONICO			

INFORMACION LABORAL			
EMPRESA O NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO			NIT.
DIRECCION EMPRESA	TELEFONO Ext.	CIUDAD	PAIS

SI ERES EMPLEADO POR FAVOR DILIGENCIA LA SIGUIENTE INFORMACION			
TIPO CONTRATO	CARGO ACTUAL	FECHA INGRESO A LA EMPRESA	
FIJO <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>		AÑO	MES
INDEFINIDO <input type="radio"/> CUAL?			

SI ERES INDEPENDIENTE O EMPLEADO CON NEGOCIO DILIGENCIA LA SIGUIENTE INFORMACION			
ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL		DETALLE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	
NOMBRE NEGOCIO	DIRECCION NEGOCIO	CIUDAD	TELEFONO
			TIEMPO ACTIVIDAD AÑOS MESES

INFORMACION FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES	\$	TOTAL EGRESOS MENSUALES	\$
OTROS INGRESOS MENSUALES (Diferentes a tu actividad economica principal)	\$	TOTAL ACTIVOS	\$
TOTAL INGRESOS MENSUALES	\$	TOTAL PASIVOS	\$
¿ ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS ?		¿ ERES DECLARANTE ?	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
(Si la respuesta es SI por favor anexa la fotocopia de la declaracion de renta)			

REFERENCIAS				
REFERENCIA FINANCIERA				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA	NUMERO CUENTA	CIUDAD	TELEFONO
REFERENCIA FAMILIAR (Familiar mas cercano)				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PARENTESCO	DIRECCION DOMICILIO	TELEFONO / CELULAR	TRABAJA EN	TELEFONO OFICINA
REFERENCIA PERSONAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCION DOMICILIO	TELEFONO / CELULAR	TRABAJA EN	TELEFONO OFICINA	

INFORMACION DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	
¿ REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA ?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
(Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencia la siguiente informacion de las operaciones y los productos en moneda extranjera)	
¿ CUAL(ES) OPERACIÓN(ES) REALIZA EN MONEDA EXTRANJERA? _____	
¿ POSEE CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA?	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
	No. CUENTA: _____ BANCO: _____
	MONEDA: _____ CIUDAD: _____ PAIS: _____
NO <input type="radio"/> → DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA.	

INFORMACION DE CONYUGUE				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	No. IDENTIFICACION	GENERO	FECHA NACIMIENTO	
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> R. CIVIL <input type="radio"/> RUT <input type="radio"/>		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	AÑO	MES
TI <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> PASAPORTE <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/>				DIA
EMPRESA DONDE TRABAJA	DIRECCION EMPRESA		CIUDAD	
TIPO DE CONTRATO	INGRESO A EMPRESA		TELEFONO EMPRESA	CORREO ELECTRONICO PERSONAL
INDEFINIDO <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>	AÑO	MES		
FIJO <input type="radio"/> CUAL?		DIA		

BENEFICIARIOS FONDO DE SOLIDARIDAD						
No. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	DIRECCION	TELEFONO

CACNC 04-03-P01-F01.V2

BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA
DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE ES MI VOLUNTAD Y DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN LA LEY, EN CASO DE FALLECIMIENTO, MIS APORTES Y AHORROS

DEPOSITADOS EN COFINAL Y ASEGURADOS A LA FECHA DE MI DECESO, SEAN ENTREGADOS A:

No. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PARENTESCO	% DESIG.	DIRECCION	TELEFON

BENEFICIARIOS PLAN EXEQUIAL - COFINAL

SOLICITO VINCULACION AL PLAN EMPRESARIAL EXCEQUIAL COFINAL PARA LOS SIGUIENTES BENEFICIARIOS: (Padres o suegros; esposa y/o compañera permanente; hijos solteros ò hermanos).

No. DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	EDAD	PARENTESCO

YO, _____ identificado(a) con c.c _____ por medio del presente escrito manifiesto que **RENUNCIO VOLUNTARIAMENTE** al derecho que me asiste dentro del PLAN EXEQUIAL.

X

FIRMA

AUTORIZACIONES

AUTORIZACION DE DESCUENTO

EN MI CALIDAD DE TITULAR, INDEPENDIENTE, TRABAJADOR O FUNCIONARIO DENTRO DEL PRESENTE CONTRATO DE AFILIACION PARA PROTECCION Y PRESTACION DE SERVICIOS EXCEQUIALES, AUTORIZO DE MANERA EXPRESA, LIBRE Y VOLUNTARIA A COFINAL PARA QUE DE LOS VALORES DE MIS SALARIOS, CUENTA DE AHORROS SEAN DESCONTADAS LAS CUOTAS CORRESPONDIENTES, CON EL FIN DE CUMPLIR OPORTUNAMENTE CON EL PAGO DE MIS OBLIGACIONES DE MANERA PERIODICA. ACEPTO EL AJUSTE DEL VALOR MENSUAL A PAGAR DE ACUERDO AL INCREMENTO ESTIPULADO EN LOS CONTRATOS SUSCRITOS ENTRE COFINAL Y LAS ENTIDADES Y/O EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVICIOS Y/O PRODUCTOS Y ADEMAS AL INCREMENTO DECRETADO POR EL GOBIERNO NACIONAL, CON BASE AL IPC QUE CORRESPONDA A CADA PERIODO ANUAL Y QUE SE CAUSE EN LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO. ACEPTO LA RENOVACION Y/O PRORROGA AUTOMATICA DEL PERIODO Y LA VIGENCIA DEL MISMO.

AUTORIZACION DEBITO AUTOMATICO

A. AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE ABONE O DEBITE DE LA CUENTA DE APORTES SOCIALES LOS SALDOS QUE SE ENCUENTREN A MI FAVOR O EN CONTRA. **B.** AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE DE CONFORMIDAD CON LO INDICADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y EN CASO DE QUE ME SEA APROBADO EL PRODUCTO Y/O SERVICIO TRANSFIERA MENSUALMENTE DE MI CUENTA DESIGNADA, EL VALOR CORRESPONDIENTE A DICHA OBLIGACION, ESTA AUTORIZACION PERMANECERÁ HASTA TANTO SEA REVOCADA POR ESCRITO. **C.** AUTORIZO A LA COOPERATIVA A ABONAR, DEBITAR, DEDUCIR, RETENER O CARGAR IRREVOCABLEMENTE DE CUALQUIERA DE MIS CUENTAS, DEPÓSITOS O FONDOS TODAS LAS COMISIONES, HONORARIOS, SEGUROS, GASTOS E IMPUESTOS QUE CAUSE EL PERFECCIONAMIENTO DE LAS OPERACIONES, LO MISMO QUE SUS INTERESES Y CAPITAL.

DECLARACIONES

DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

PARA TODOS LOS EFECTOS DECLARO QUE EL ORIGEN DE LOS DINEROS QUE DEPOSITO EN MI(S) CUENTA(S) Y DEMÁS OPERACIONES QUE TRAMITO POR MEDIO DE LA COOPERATIVA, PROCEDEN DEL GIRO ORDINARIO DE ACTIVIDADES LEGALES. ME OBLIGO A NO PRESTAR MI CUENTA Y A NO PERMITIR QUE TERCEROS DESCONOCIDOS POR MÍ EFECTÚEN DEPÓSITOS Y TRANSFERENCIAS A MI(S) CUENTA(S) Y NO HACER PAGOS O TRANSFERENCIAS DESDE MI(S) CUENTA(S) A TERCEROS DESCONOCIDOS. DECLARO QUE MI OCUPACIÓN ECONÓMICA NO ES NI SE RELACIONA CON LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE COMPRA O VENTA DE DIVISAS Y QUE EL ORIGEN DE MIS INGRESOS O RECURSOS PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL DETALLADAS EN ESTE FORMULARIO.

EXCENCION DE GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS

DECLARO Y ACEPTO QUE LA CUENTA DE AHORROS No. _____, LA CUAL SE ENCUENTRA A MI NOMBRE, SERA **LA UNICA BENEFICIARIA DE LA EXCENCION DE GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS** ESTABLECIDOS POR EL GOBIERNO NACIONAL LEY 1111 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2006 (CUATRO POR MIL) PARA LOS MOVIMIENTOS DE CUENTAS DE AHORRO Y DESEMBOLSOS DE CREDITO QUE NO EXCEDAN AL VALOR ESTIPULADO EN DICHA LEY.

FIRMA (EXCENCION DE GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS)

DECLARACION DE INFORMACION

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA Y AUTORIZO SU VERIFICACION ANTE CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURIDICA, PRIVADA O PUBLICA, SIN LIMITACION ALGUNA DESDE AHORA Y MIENTRAS SUBSISTA ALGUNA RELACION COMERCIAL CON COFINAL; ADEMAS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR ANUALMENTE TODA MI INFORMACION Y/O DOCUMENTACION O CADA VEZ QUE LA COOPERATIVA LO SOLICITE. DE LA MISMA MANERA DECLARO QUE HE RECIBIDO INFORMACION CLARA Y PRECISA POR PARTE DE LOS FUNCIONARIOS DE COFINAL SOBRE LOS BENEFICIOS, REQUISITOS, CONDICIONES Y OBJECIONES QUE PRESENTA EL PORTAFOLIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN DICHA COOPERATIVA.

EN CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD DE VINCULACION,

X

FIRMA DE ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS : _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

HUELLA INDICE DERECHO

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COFINAL

APROBADO POR EL COMITÉ DE ADMISIONES Y RETIROS DE ACUERDO A LA RESOLUCION No. _____ SEGÚN CONSTA EN EL ACTA No. _____, CON FECHA DIA / MES / AÑO.

SOLICITUD NEGADA

SOLICITUD APLAZADA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: _____

COMITÉ DE ADMISIONES Y RETIROS

FIRMA PRESIDENTE COMITÉ

FIRMA SECRETARIO(A) COMITÉ

DOCUMENTACION BASICA REQUERIDA PARA VINCULACION PERSONA NATURAL

1. Dos (2) Fotocopias ampliadas al 150% del documento de identidad (asociado)
2. Fotocopia de documento de identidad de cada uno de los integrantes del grupo familiar
3. Carta laboral ò fotocopia de los dos ultimos comprobantes de pago de tu nomina (Si eres empleado)
4. Diligenciar Formato para trabajador independiente CACNC-04-03-PO25-F02 de COFINAL (Si eres independiente)

CACNC 04-03-P01-F01.V2

AUTORIZACION CONSULTA HISTORIA CLINICA

EN CUMPLIMIENTO DE LAS PREVISIONES LEGALES SOBRE EL MANEJO, CUSTODIA Y ARCHIVO DE LA HISTORIA CLINICA, AUTORIZO DE MANERA EXPRESA A CUALQUIER HOSPITAL, CLINICA, INSTITUCIONPRESTADORA DE SALUD I.P.S., MEDICO O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE ME HAYA ATENDIDO O HUBIESE SIDO CONSULTADA POR MI, PARA QUE SUMINISTRE A COFINAL, AUN DESPUES DE FALLECIDO, COPIA DE MI HISTORIA CLINICA O DE CUALQUIER INFORMACION QUE CONSIDERE NECESARIA PARA LA CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO O PARA LA POSTERIOR ATENCION DE CUALQUIER RECLAMO QUE SE EFECTUE A ESTA.

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

A. AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, FINANCIEROS, DE CONTROL, SUPERVISIÓN E INFORMACIÓN COMERCIAL CONSULTE, TRANSFIERA, SOLICITE O REPORTE ANTE LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN DEL SECTOR FINANCIERO TALES COMO CIFIN, DATA CREDITO O CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACION CONFIDENCIAL QUE RESULTE DEL NACIMIENTO MODIFICACIÓN, EXTINCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRAÍDAS O QUE LLEGUE A CONTRAER FRUTO DE CUALQUIER RELACIÓN FINANCIERA O PROCESO CON LA COOPERATIVA. **B.**..ESTA AUTORIZACIÓN COMPRENDE TODA LA INFORMACIÓN PRESENTE, PASADA Y FUTURA REFERENTE AL MANEJO, ESTADO, CUMPLIMIENTO DE MIS RELACIONES, CONTRATOS, SERVICIOS, OBLIGACIONES Y A LAS DEUDAS VIGENTES, VENCIDAS SIN CANCELAR, PROCESOS O A LA UTILIZACIÓN INDEBIDA DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS. TODO LO ANTERIOR MIENTRAS ESTÉN VIGENTES Y ADICIONALMENTE POR EL TÉRMINO MÁXIMO DE PERMANENCIA DE LOS DATOS EN LAS CENTRALES DE RIESGO DE ACUERDO CON LA LEY O LOS PRONUNCIAMIENTOS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL, CONTADOS DESDE CUANDO EXTINGA LA OBLIGACIÓN O RELACIÓN, ESTE ÚLTIMO PLAZO PARA LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CODIGO DE COMERCIO **C.** ESTA AUTORIZACIÓN, ADEMÁS FACULTA A LA COOPERATIVA PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DE MIS RELACIONES COMERCIALES CON TERCEROS O CON EL SISTEMA FINANCIERO Y PARA QUE LA INFORMACION DE MI REPORTADA, SEAN PROCESADA PARA EL LOGRO DEL PROPÓSITO DE LA CENTRAL Y PUEDAN SER CIRCULARIZADOS O DIVULGADOS CON FINES COMERCIALES. **D.** ACEPTO QUE LOS REGISTROS PERMANEZCAN POR LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN LOS REGLAMENTOS DE LAS RESPECTIVAS CENTRALES DE INFORMACIÓN.