

		VINCULACIÓN PERSONA JURÍDICA				Asociado									
		Formato No.5				Proveedor									
AHORRO Y CREDITO						Convenio									
Ciudad		Oficina				Fecha									
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE															
Nombre o Razón Social															
Sigla		NIT		Tipo de empresa:		1. Pública <input type="checkbox"/>	2. Privada <input type="checkbox"/>								
				3. Mixta <input type="checkbox"/>	4. Otra <input type="checkbox"/>	Cuál?									
Dirección Oficina Principal			Ciudad		Departamento	Teléfono	Fax								
Fecha de constitución	No. Sucursales	No. Empleados	Escritura Constitución		Notaria	Personería									
Celular			Página WEB												
Envío de correspondencia			Correo Electrónico												
Principal <input type="checkbox"/>	Sucursal <input type="checkbox"/>														
Autoriza envío correo electrónico		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Autoriza envío sms		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="4">CIU</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>		CIU								Descripción del CIU			Detalle Actividad Económica Principal		
CIU															
2. REFERENCIAS FINANCIERAS															
Entidad Financiera		Sucursal		Producto		Número									
1.															
2.															
3. REFERENCIAS COMERCIALES															
Nombre del Establecimiento					Ciudad										
1.															
2.															
Accionistas o asociados que tienen directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación en la empresa															
No	Tipo ID	Número ID	Nombre completo o razón social		Cotiza en Bolsa?	Vinculado con PPE? Si la respuesta es Si, diligenciar Anexo	Sujeto de Tributación en Otros Países?	% Participación							
					Si () No ()	Si () No ()									
					Si () No ()	Si () No ()									
					Si () No ()	Si () No ()									
					Si () No ()	Si () No ()									
					Si () No ()	Si () No ()									
4. INFORMACIÓN FINANCIERA															
Total Activos :			Total Activo Corriente :			Total Pasivos :									
Total Pasivo Corriente :			Total Patrimonio :			Utilidad Neta :									
Egresos Mensuales :			Ingresos Mensuales :			Otros Ingresos :									
Descripción otros ingresos :															
Fecha de corte de la información Financiera suministrada					MES	AÑO									
<i>Debe coincidir con la información física entregada</i>															
5. OPERACIONES INTERNACIONALES															
Posee cuentas en moneda extranjera		Recibe giros del extranjero		Nombre de la Entidad		No. de Cuenta									
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>												
Ciudad		País		Moneda		Monto									
6. DESCRIPCIÓN DE BIENES RAÍCES															
Tipo	Dirección		Ciudad	Valor comercial	Saldo Hipoteca	Entidad									
0	Ninguno	1	Casa	2	Apartamento	3	Finca								
						4	Otro								
7. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL															
Nombres y apellidos				Tipo y No. Identificación		Fecha Expedición									
				CC <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> No. <input type="text"/>											
Lugar de Expedición				Correo Electrónico											
Profesión		Cargo		Fecha Ingreso a la Empresa											
Dirección Residencia				Ciudad		Teléfono									
Es PEP?	Si () No ()	Maneja Recursos Públicos?	Si () No ()	Tiene Reconocimiento Público?	Si () No ()	Tiene vínculos con PEPS?	Si () No ()								
<i>Si una de las respuestas es sí, diligenciar Anexo Parentescos PEPS</i>															

8. ENTREGA DE INFORMACIÓN

Manifiesto que recibí información en medio impreso y comunicación verbal sobre:

- ✓ Condiciones de manejo del (los) producto(s) o servicio(s) solicitados en este formato
- ✓ Tarifas de Servicios Financieros referentes al manejo y uso del (los) producto(s) o servicio(s) solicitados en este formato
- ✓ Medidas de seguridad a tener en cuenta para el manejo de los productos en la realización de operaciones

9. COMPROMISOS Y OBLIGACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación _____ y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi(s) cuenta(s) con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuar transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. 2. En cumplimiento a la normatividad vigente y en caso de estar obligado a implementar un sistema de prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo; declaro(amos) que he(amos) implementado de conformidad con las disposiciones legales dictadas en la materia mecanismos de control apropiados y suficientes para evitar que la entidad a la cual represento sea utilizada directa o indirectamente como instrumento para el ocultamiento de activos provenientes de actividades ilícitas y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas. 3. Autorizo irrevocablemente a Cooperativa AVP para verificar la información aquí suministrada a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me comprometo a actualizar anualmente la información de este formulario y los demás documentos solicitados por Cooperativa AVP. 4. En uso de la autonomía de mi voluntad, autorizo a Cooperativa AVP, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor, a reportar, actualizar, solicitar y divulgar a las Centrales de riesgo, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejara en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. 5. Autorizo a Cooperativa AVP para debitar de mi(s) cuenta(s) abiertas en esta, todos los valores originados en las operaciones y servicios que Cooperativa AVP me suministre. 6. Por el incumplimiento de cualquiera de estos compromisos y obligaciones Cooperativa AVP podrá bloquear o dar por terminado en cualquier momento los contratos vigentes en esta Entidad. 7. Declaro conocer y aceptar que el valor de los aportes sociales que constituyo en Cooperativa AVP son capital de riesgo dada su naturaleza jurídica y razón social. 8. Autorizo a la Cooperativa AVP, para la recolección y tratamiento de mis datos personales con fines comerciales y financieros en cumplimiento del Decreto 1377 de 2013.

10. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	ADJUNTAR	✓
Formato de Datos Persona Jurídica debidamente diligenciado y firmado	X	
Fotocopia del R.U.T.	X	
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal y personas autorizadas para el manejo de los productos	X	
Original del Certificado de existencia y representación legal con vigencia inferior a 30 días	X	
Estados financieros firmados, a la última fecha de corte (a fin de año Dictaminados de lo contrario Certificados)	X	
Parte pertinente del Acta del Consejo de Administración o Junta Directiva en la cual se autoriza la Afiliación y Apertura de Cuenta	X	
Carta condiciones manejo de la cuenta	X	
Formato de vinculación Personas autorizadas para el manejo de los productos	X	
Anexo Parentescos PEP's - Si aplica		

11. FIRMA Y HUELLA

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo:

Huella Índice Derecho

Firma del Representante Legal

12. ESPACIO EXCLUSIVO COOPERATIVA

Resultado	Aceptado		Rechazado						
Lugar			Fecha			Hora			
			Año	mes	día	a.m.	p.m.		

Nombre y firma Asesor oficina o Director de Oficina _____

13 CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
Año	a.m.	
mes	p.m.	
día		
Nombre de la persona que atendió		Cargo

Confirmación de la información

SI

NO

Observaciones

Nombre y firma Asesor oficina que verifica _____

