

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? _____
Monto Solicitado	Amortización	Plazo		
Garantía Ofrecida	Destino del Crédito			
Dirección Oficina Principal	Ciudad	Departamento	Teléfono	Fax
Dirección Oficina Sucursal	Ciudad	Departamento	Teléfono	Fax
Envío de correspondencia Principal <input type="checkbox"/>	Sucursal <input type="checkbox"/>	Correo Electrónico _____		
CIU 	Descripción del CIU	Detalle Actividad Económica		

2. REFERENCIAS FINANCIERAS

Entidad Financiera	Sucursal	Producto	Número
1.			
2.			

3. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre del Establecimiento	Ciudad
1.	
2.	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos mensuales	Total Egresos mensuales
Total Activos	Total Pasivos
Otros Ingresos No operacionales mensuales	Total Patrimonio
Descripción otros ingresos No operacionales Mensuales	
Mes y año de corte (de los estados financieros) de la información suministrada	
MES	AÑO
Debe coincidir con la información física entregada	

5. OPERACIONES INTERNACIONALES

Operaciones en moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tipo de operación	1.Importación <input type="checkbox"/>	2.Inversiones <input type="checkbox"/>	3.Exportación <input type="checkbox"/>
		4.Transferencia <input type="checkbox"/>	5.Préstamos <input type="checkbox"/>	6 Pago servicios <input type="checkbox"/>
		7. Otro <input type="checkbox"/>		
Cuál?				

Nombre de la Entidad	No. de Cuenta	Ciudad	País	Moneda	Monto
----------------------	---------------	--------	------	--------	-------

6. DESCRIPCIÓN DE BIENES RAÍCES

1. Clase de inmueble	Dirección	Ciudad	Valor comercial	Saldo Hipoteca	Entidad
0 1 2 3 4					
0 1 2 3 4					
0 Ninguno	1 Casa	2 Apartamento	3 Finca	4 Otro	

7. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y apellidos	Tipo y No. Identificación CC <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____	Expedida en
Detalle Actividad Económica	Correo Electrónico	
Total Ingresos Mensuales	Concepto ingresos	
Dirección Residencia	Ciudad	Teléfono

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 efectuaré 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(mos) 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 la Centrales de información del Sector Financiero CIFIN, administrada por la Asobancaria, 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.

10. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTO	CUENTA CENTRALIZADA	CUENTA AHORROS O CDT	APORTES
Formato de Vinculación Persona Jurídica debidamente diligenciado y firmado			
Fotocopia del R.U.T.			
Fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal y personas autorizadas para el manejo del producto			
Original del Certificado de existencia y representación legal con vigencia inferior a 60 días			
Estados financieros a la última fecha de corte (a fin de año Dictaminados de lo contrario Certificados)			
Fotocopia de la declaración de renta del último periodo gravable			
Lista de socios o asociados con participación del 5% o más del capital social cuando no conste en el certificado de existencia (Nombre . Dto identificación). Si aplica			
Parte pertinente del Acta del Consejo de Administración o Junta Directiva en la cual se autoriza la solicitud del crédito			
Carta condiciones manejo de cuenta			
Documentos adicionales solicitados por la Cooperativa.			

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 <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	
Lugar	aa <input type="text"/> mes	Fecha <input type="text"/> día <input type="text"/>	Hora a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>

Nombre y firma Asesor oficina o Director de Oficina _____

13 CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

aa <input type="text"/> mes	Fecha <input type="text"/> día <input type="text"/>	a.m. <input type="text"/> p.m. <input type="text"/>	Teléfono
Nombre de la persona que atendió		Cargo	
Confirmación de la información		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>	Observaciones _____	

Nombre y firma Asesor oficina que verifica _____

Nombre del Director de oficina _____ Firma del Director de oficina _____