

NIT 860.023.189-2

Fecha DD MM AA	Creación <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/> Convenio <input type="checkbox"/>					
CANAL DE ATENCIÓN		PRINCIPAL <input type="checkbox"/>	CASONA <input type="checkbox"/>	COGUA <input type="checkbox"/>	NEMOCÓN <input type="checkbox"/>	BOGOTÁ <input type="checkbox"/>
I. PERSONA JURÍDICA						
Razón social				Siala		Número de empleados
NIT		Tipo de Empresa Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Cámara de Comercio		Número de escritura
Fecha escritura		Notaría	Actividad económica principal		Código CIIU	Actividad económica secundaria
Gran Contribuyente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de resolución		Fecha DD MM AA		¿Administra Recursos Públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Autorretenedor SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de resolución		Fecha DD MM AA		¿Declara Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Contribuyente ICA en Ciudad _____ Tarifa x 1000 _____ Ciudad _____ Tarifa x 1000 _____		Autorretenedor ICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Resolución N° Fecha _____		
Impuesto CREE (Impuesto sobre la renta para la equidad) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tarifa _____						
Tipo de Entidad Asociación de Padres de Familia <input type="checkbox"/> Fundación <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Fondo de empleados <input type="checkbox"/> Empresa familiar <input type="checkbox"/> Junta de Acción Comunal <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
Dirección de la empresa			Barrio	Municipio / Ciudad		Departamento
Teléfono de la empresa		Extensión	Celular	Correo electrónico		
II. INFORMACIÓN FINANCIERA - PERSONA JURÍDICA						
INGRESOS		EGRESOS			BALANCE GENERAL	
Ingresos mensuales actividad principal \$ _____		Egresos mensuales \$ _____			Activos \$ _____	
Ingresos no operacionales \$ _____		Total egresos \$ _____			Pasivos \$ _____	
Otros ingresos \$ _____					Patrimonio \$ _____	
Total Ingresos \$ _____					Utilidad Neta \$ _____	
Descripción ingresos no operacionales y de otros ingresos						
III. OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA - PERSONA JURÍDICA						
¿Realiza operaciones con moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?				
Posee cuenta con moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		No. De cuenta	Banco	Moneda	País	Ciudad
IV. IDENTIFICACION DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DE ACCIONES, CAPITAL SOCIAL O PARTICIPACIÓN EN LA SOCIEDAD						
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Razón Social			Tipo Accionista Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Participación
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Razón Social			Tipo Accionista Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Participación
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Razón Social			Tipo Accionista Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Participación
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Razón Social			Tipo Accionista Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Participación
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
NIT <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Razón Social			Tipo Accionista Directo <input type="checkbox"/> Indirecto <input type="checkbox"/>	Porcentaje de Participación
V. REFERENCIAS PERSONA JURÍDICA						
Nombre del Establecimiento		Dirección		Ciudad	Teléfono / Celular	
Financieras						
Comercial						
VI. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL						
Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No.	Fecha de expedición DD MM AA		Lugar de Expedición	Fecha de Nacimiento DD MM AA
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos		
Profesión u oficio		Dirección de domicilio		Barrio	Municipio / Ciudad	Departamento
Teléfono Fijo		Número de Celular	Correo Electrónico		¿Declara Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VII. INFORMACIÓN FINANCIERA - REPRESENTANTE LEGAL						
Ingresos mensuales actividad principal \$ _____		Egresos Mensuales \$ _____		Total Activos \$ _____	Total Pasivos \$ _____	
Patrimonio \$ _____		Otros Ingresos \$ _____		Descripción de otros ingresos		
VIII. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA - REPRESENTANTE LEGAL						
¿Realiza operaciones con moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?			Posee cuenta con moneda extranjera SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
No. De cuenta		Banco	Moneda	Ciudad	País	

IX. INFORMACIÓN COMERCIAL

¿Cómo se enteró de la Cooperativa?					¿Cuál?						
Promotor	<input type="checkbox"/>	Familiar	<input type="checkbox"/>	Ferias o eventos	<input type="checkbox"/>	Publicidad	<input type="checkbox"/>	Web o redes sociales	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
¿Está usted referido por un Asociado?		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Nombres y apellidos			No. De identificación	Teléfono	

X. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con documento de identidad No. _____, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fondos en atención al procedimiento de debida diligencia adoptado de conformidad con el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (en adelante SARLAFT) de COOTRAPELDAR.

1. Los recursos o bienes que entrego a COOTRAPELDAR provienen de las siguientes fuentes: (Descripción detallada de la fuente y origen de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc. – No incluir genéricos): _____

2. Si posee ingresos adicionales especifique _____

3. Declaro que estos recursos o bienes no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. Que los recursos o bienes que se deriven del desarrollo del vínculo jurídico que suscriba con COOTRAPELDAR, no se destinarán a ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

5. No admitiré que terceros realicen ninguna transacción a nombre mío, con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

6. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración.

7. Me comprometo a actualizar los datos e información que fueren requeridos por COOTRAPELDAR, por lo menos una (1) vez al año, o cuando así lo requiera COOTRAPELDAR

8. Que autorizo a COOTRAPELDAR a cancelar todo vínculo jurídico, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o porque aparezca la entidad que representó o mi nombre o identificación en las listas de control de riesgo de lavado de activos y financiación al terrorismo nacional o internacional que consulte COOTRAPELDAR.

9. Que por lo tanto, eximo a COOTRAPELDAR de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente.

XI. SOLICITUD DE MARCACION DE CUENTA DE AHORROS EXENCION GMF

Yo, _____, identificado(a) con el documento de identidad No. _____, expedido en _____, obrando en nombre propio y/o representación legal de _____ con documento de identidad No. _____, solicito la aplicación de la Exención del Gravamen los Movimientos Financieros prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, para el efecto me permito informar:

1). Que conozco y acepto que la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros por persona, siempre y cuando se trate de un único titular. 2). Que en la actualidad soy único titular de la cuenta de ahorros en COOTRAPELDAR identificada en el presente formulario. 3). Que no he solicitado y me comprometo a no solicitar dicha exención ante otra entidad financiera mientras exista la exención sobre la cuenta de ahorros, respecto a la cual estoy solicitando la aplicación del beneficio tributario. 4). Manifiesto bajo la gravedad de juramento que realizo la presente solicitud de exención, en razón de que a la fecha no gozo del beneficio tributario en ninguna otra cuenta de ahorros en COOTRAPELDAR, ni en otra entidad financiera. 5). Autorizo a COOTRAPELDAR para validar en el sistema financiero que no existe ya una cuenta marcada para este fin, y que de no existir se procederá con la marcación de la cuenta a partir del día _____ del mes _____ del año _____, fecha en la cual no se generará el impuesto de acuerdo con los topes estipulados por la ley. 6). Autorizo expresa e irrevocablemente a COOTRAPELDAR para que suministre toda la información relacionada con mis datos personales y la cuenta de ahorros mencionada en el presente formato a las autoridades competentes, y demás entidades financieras que la soliciten, con el fin de verificar la adecuada aplicación de la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario. 7). Solicito la devolución del Gravamen a los Movimientos Financieros GMF generado indebidamente. 8). En caso de estar en proceso de apertura la cuenta de ahorros en COOTRAPELDAR autorizo a diligenciar el espacio en este formulario con el número asignado y a marcarlo para acceder al beneficio tributario. De acuerdo a lo anterior, exonero a COOTRAPELDAR de toda responsabilidad derivada de la presente declaración.

Autorizo	<input type="checkbox"/>	Número de la Cuenta de Ahorros	Fecha de Apertura de la Cuenta
No Autorizo	<input type="checkbox"/>	_____	DD / MM / AAAA

XII. OTRAS DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1). Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo COOTRAPELDAR para que la verifique por cada producto o servicio que utilice y asumo plena responsabilidad de la misma. 2). Autorizo en forma clara, expresa e irrevocable a COOTRAPELDAR para reportar, consultar, procesar, solicitar, y/o suministrar a las Centrales de Información de Riesgo o de Crédito del Sector Financiero o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos de información financiera, crediticia, comercial y/o de servicios, todo lo relativo a mi información, de que disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales. Así mismo, autorizo expresa e irrevocablemente a COOTRAPELDAR a verificar todos los antecedentes referentes al comportamiento crediticio, hábitos comerciales, manejo de cuentas y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. 3). Autorizo a COOTRAPELDAR para que en caso de que la solicitud sea negada destruya todos los documentos que se han aportado. 4). Autorizo a COOTRAPELDAR para que reporte, conserve, consulte o actualice cualquier información de mi comportamiento financiero. 5). Yo en calidad de Representante Legal me comprometo a dar cumplimiento de los reglamentos y el Estatuto de COOTRAPELDAR y asumir con responsabilidad las obligaciones que le competen al menor de edad al realizar la vinculación a COOTRAPELDAR.

XIII. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Tiene usted parentesco con algún miembro del Consejo de Administración, Junta de Vigilancia y/o Representante Legal de COOTRAPELDAR. Si No

Nombre _____ Parentesco _____

Nombre _____ Parentesco _____

XIV. PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE (PEP)

Por favor responda las siguientes preguntas:

1- ¿Usted es funcionario público o ha sido funcionario público en los últimos dos (2) años? Si No

2- ¿Usted actualmente administra recursos públicos o los ha administrado durante los últimos dos (2) años? Si No

3- ¿Usted goza de reconocimiento público en alguna comunidad? Si No

4- ¿Usted es cónyuge o compañero permanente o familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad, de una persona expuesta públicamente? Si No

XV. DECLARACIÓN FACTA

Mediante el presente documento manifiesto que:

1- He permanecido 31 días o más durante el año en curso o 183 días durante un periodo de 3 años, que incluye el año en curso y los 2 años inmediatamente anteriores dentro del Territorio de los Estados Unidos Si No

2- Soy poseedor de la Tarjeta Verde (Green Card) de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia). Si No

3- Recibo sumas de dinero, fijas u ocasionales (ingreso FDAP) que provienen de fuentes dentro de los Estados Unidos. Si No

4- Recibo ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir rentas, intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos Si No

5- Soy ciudadano de los Estados Unidos residente en Colombia Si No

6- Estoy obligado a tributar en Estados Unidos Si No TIN _____

XVI. AUTORIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a COOTRAPELDAR al tratamiento de mis datos personales para las finalidades que regulan su función financiera, social, comercial y contractual, conforme a su Política de Tratamiento de Datos, la cual declaro conocer junto con el Aviso de Privacidad que están disponibles en www.cootrapeldar.coop

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

XVII. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE COOTRAPELDAR

INFORMACIÓN DE ENTREVISTA	CONFIRMACIÓN DE INFORMACIÓN
Lugar de la entrevista _____	Fecha de la verificación DIA _____ MES _____ AÑO _____
Fecha de la entrevista DIA _____ MES _____ AÑO _____	Hora de la verificación _____
Hora de la entrevista _____	Nombre y cargo de quien verifica _____
Observaciones _____	Firma de quien verifica _____
Nombre de Asesor _____	Observaciones _____
Firma de Asesor _____	
Resultado de la entrevista	RESULTADO CONSULTA EN LISTAS DE CONTROL
Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/>	OFAC <input type="checkbox"/> ONU <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>
	Vo. Bo. Unidad de Cumplimiento _____ Firma _____

