

**SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA**  
**FORMULARIO DE VINCULACION DEL ASOCIADO (CLIENTE)**  
**FORMATO N° 5**

Nombre de la Cooperativa Cooperativa de Trabajadores Y Emprendedores de Santander Sigla COTRAFESA  
 Oficina Bucaramanga

**A. PERSONAS NATURALES**

1. Nombres \_\_\_\_\_  
 2. Apellidos \_\_\_\_\_  
 3. N° Identificación \_\_\_\_\_ 

CC	TI	CE	Pas
----	----	----	-----

  
 4. Fecha de nacimiento 

AAAA/MM/DD
------------

  
 5. Lugar de nacimiento Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 6. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 7. Estrato  Teléfono (s) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 8. Nombre de la empresa donde labora \_\_\_\_\_ 9. Cargo \_\_\_\_\_  
 10. Dirección Trabajo \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 11. Teléfono(s) \_\_\_\_\_  
 12. Ocupación, oficio Empleado  Independiente  Pensionado  Cesante  Dependiente   
 13. Administra recursos públicos SI  NO   
 14. Actividad Económica \_\_\_\_\_ 13. CIU \_\_\_\_\_

Grupo étnico	Estado Civil	Nivel de escolaridad	Tipo de vivienda	Urbana	Rural
Indígena <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afrocolombiano <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>		
Raizal <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>		
ROM (Gitano) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Tecnológico <input type="checkbox"/>	Leasing <input type="checkbox"/>		
Palenquero <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>			
Ninguna <input type="checkbox"/>					

Madre Cabeza de Familia  Número de personas a cargo  Número de Hijos en el núcleo Familiar  
 Padre Cabeza de Familia  Número de personas a cargo  Menores de 18 años   
 Mayores de 18 años

**15. INFORMACION FINANCIERA (\$)**

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal 

--

  
 Otros ingresos (especificar) 

--

  
 Egresos mensuales 

--

  
 Total activos 

--

  
 Total pasivos 

--

**B. PERSONAS JURIDICAS**

16. Razón Social \_\_\_\_\_  
 17. NIT \_\_\_\_\_  
 18. Cámara de Comercio \_\_\_\_\_  
 19. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 20. Teléfono(s) \_\_\_\_\_ N° de Fax \_\_\_\_\_  
 21. Nombre completo del Representante legal \_\_\_\_\_  
 22. N° Identificación del representante legal \_\_\_\_\_ 

CC	TI	CE	Pas
----	----	----	-----

  
 23. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 24. Teléfono (s) \_\_\_\_\_  
 25. Tipo de empresa privada  pública  mixta   
 26. Actividad Económica \_\_\_\_\_ CIU \_\_\_\_\_

**27. INFORMACION FINANCIERA (\$)**

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal 

--

  
 Otros ingresos (especificar) 

--

  
 Egresos mensuales 

--

  
 Total activos 

--

  
 Total pasivos 

--

**C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**

28. Realiza operaciones en SI  moneda extranjera NO  Cuáles \_\_\_\_\_

29. Posee cuentas en SI  Banco  Moneda   
 moneda extranjera N° cuenta \_\_\_\_\_ Ciudad  País   
 NO

30. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE

HUELLA

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERIDICA Y AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE LA VERIFIQUE.

ESTOY INFORMADO DE MI OBLIGACION DE ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION QUE SOLICITE LA ENTIDAD POR CADA PRODUCTO O SERVICIO QUE UTILICE.

AUTORIZO A LA COOPERATIVA PARA QUE CONSULTE Y REPORTE INFORMACION A LAS CENTRALES DE RIESGO.

DECLARO QUE MIS INGRESOS Y BIENES PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL.

\_\_\_\_\_  
FIRMA CLIENTE

HUELLA

FECHA DILIGENCIAMIENTO  AAAA/MM/DD

Autorizo de manera expresa a COTRAFESA para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de mis datos personales que reposan en la base de datos de asociados, mis datos serán tratados para fines contractuales, comerciales de atención al cliente y marketing, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012 y demas normas aplicables.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: número de teléfono celular, correo electrónico, twitter facebook, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier medio de contacto que permita la tecnología

SI  NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASOCIADO

**D. ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA**

28. OBSERVACIONES:

29. FECHA REALIZACION ENTREVISTA  AAAA/MM/DD

30. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

31. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

32. FECHA VERIFICACION INFORMACION  AAAA/MM/DD

DOCUMENTOS ANEXOS	PN	PJ
Fotocopia del documento de identificación	X	
Constancia de ingresos (honorarios, laborales, certificación de ingresos y retenciones)	X	
Declaración de renta del último período gravable disponible	X	X
Original del certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 3 meses		X
Fotocopia del Número de Identificación Tributaria NIT		X
Fotocopia del documento de identificación del Representante legal		X



# COTRAFESA

COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA Y ALMACAFE

APORTES

## FORMATO DE INGRESO

PERSONA NATURAL

PERSONA JURIDICA

CÓDIGO

FECHA APERTURA

DÍA MES AÑO

Yo \_\_\_\_\_ CÓDIGO (PAGADURÍA) \_\_\_\_\_  
Solicito se me admita como asociado de la COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA FEDERACION NACIONAL DE CAFETEROS DE COLOMBIA Y ALMACAFÉ (COTRAFESA) y declaro que me someto a sus estatutos y reglamentos.

### DATOS PERSONALES

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD O NIT:			
LUGAR DE NACIMIENTO:	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES AÑO
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:		CÉDULA DE CIUDADANÍA:	
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTRATO SOCIOECONÓMICO	
TEL.	CEL.	EMAIL:	
NIVEL DE ESCOLARIDAD:	No. PERSONAS A CARGO:	No. HIJOS	
OCUPACIÓN, PROFESIÓN U OFICIO:		ESTADO CIVIL:	
NOMBRE DE LA EMPRESA O COLEGIO:			
DIRECCIÓN:	TEL.	CIUDAD:	
NOMBRE DEL CONYUGE:	IDENTIFICACIÓN	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No.
BENEFICIARIOS:			
PRESENTADO POR:			
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			

### ORIGEN DE FONDOS

### INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS Y EGRESOS	INGRESOS MENSUALES	\$	GASTOS MENSUALES	\$
	OTROS	\$	ALIMENTACIÓN	\$
	TOTAL INGRESOS	\$	VIVIENDA	\$
	DESCRIBA OTROS INGRESOS	\$	TARJETAS DE CRÉDITO	\$
			OTROS	\$
			TOTAL GASTOS	\$
			DESCRIPCIÓN GASTOS	

ACTIVO	TIPO BIEN	DESCRIPCIÓN	MATRÍCULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL
PASIVO	ENTIDAD	VALOR INICIAL	SALDO OBLIGACIÓN	VALOR MENSUAL

REFERENCIAS	BANCARIAS	ENTIDAD	SUCURSAL	CIUDAD	CUENTA NUMERO
	T. CRÉDITO	ENTIDAD	SUCURSAL	CUPO	TARJETA NUMERO
	FAMILIAR	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELEFONO	PARENTESCO
	PERSONAL	NOMBRE	DIRECCIÓN		TELEFONO
	COMERCIAL	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN		TELEFONO
		ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN		TELEFONO

Me comprometo a actualizar por lo menos una vez al año la información aquí señaladas y autorizo a COTRAFESA en forma permanente e irrevocable para que exclusivamente con fines estadísticos de información interbancaria, y en especial los relativos al funcionamiento de la central de información y de riesgo, informe a la Asociación Bancaria o cualquier otra Central de Información legalmente constituida, todo lo referente a mi comportamiento como cliente de la entidad en general y en especial sobre los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier otra modalidad hubiese otorgado o me otorgue en el futuro.

Igualmente autorizo a COTRAFESA con carácter permanente e irrevocable y mientras subsista alguna relación comercial u obligación insoluta para consultar ante la Asociación Bancaria o cualquier otra Central de Información legalmente constituida, mi endeudamiento con el sector financiero así como la información reportada permanecerá en la base de datos de la Asociación Bancaria o de la Central de Información autorizada por la ley, durante el tiempo que la misma ley establezca de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones. En consecuencia, las entidades del sector financiero afiliadas a la central de información del sector financiero, o cualquier otra central de información legalmente constituida conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones.

Finalmente declaro conocer y aceptar los términos y condiciones de los contratos y reglamentos vigentes de COTRAFESA.

FIRMA

HUELLA DACTILAR



### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN

Autorizo de manera expresa a COTRAFESA para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de mis datos personales que reposan en la base de datos de asociados, mis datos serán tratados para fines contractuales, comerciales, de atención al cliente y marketing, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012 y demás normas aplicables.

Autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: número de teléfono celular, correo electrónico, twitter, Facebook, dirección de correspondencia, teléfonos fijos o cualquier medio de contacto que permita la tecnología.

AUTORIZO

SI  NO

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL ASOCIADO

### PARA USO EXCLUSIVO DE COTRAFESA

#### VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

	CONCEPTO	
	POSITIVO	NEGATIVO
Datos Generales		
Datacrédito		
Referencias Comerciales		
Referencias Personales		
Referencias Financieras		

Verificado por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario que Verifica

#### DOCUMENTOS ANEXOS

##### PERSONA NATURAL

- Fotocopia Documento de Identidad
- Desprendible de pago o constancia laboral

##### PERSONA JURIDICA

- Certificado de Existencia y representación legal.
- Fotocopia Nit.
- Fotocopia Documento de Identidad, Representación legal
- Balance y Estado de Resultados.
- Carta y Manejo de Cuenta.

FECHA DE VERIFICACIÓN

DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

APROBADO

SEGÚN ACTA No. \_\_\_\_\_ DEL CONSEJO DE ADMON.

APLAZADO

DE FECHA

DÍA	MES	AÑO

NEGADO

FECHA APROBACIÓN GERENCIA

DÍA	MES	AÑO

CÓDIGO INTERNO

\_\_\_\_\_  
GERENTE