



## Solicitud Única de Vinculación Persona Jurídica- Actualización de Datos

La solicitud debe ser diligenciada en letra imprenta con tinta negra, sin enmendaduras ni tachones



### Productos a Solicitar

Vinculación ☐

Actualización ☐

Por Campaña ☐

Cuenta Ahorros <input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	CDT <input type="checkbox"/>	PAP <input type="checkbox"/>	Cupo Sobregiro <input type="checkbox"/>	Cupo Sobregiro Corresponsal Bancario <input type="checkbox"/>	Cupo Sobrecanje <input type="checkbox"/>	Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/>	Crédito <input type="checkbox"/>	Fecha Solicitud Año   Mes   Día	Agencia Vinculación
-----------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------

### Crédito Cartera Ordinaria Empresarial-COE

Monto	Específico <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/>	Destinación	Plazo(Meses)
Garantía Propuesta: Hipoteca <input type="checkbox"/> Prendaria <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual?: _____			

### Crédito de Trabajo Empresarial - CTE

Monto	Destinación	Plazo(Meses)
Garantía Propuesta: Hipoteca <input type="checkbox"/> Prendaria <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual?: _____		

### Redescuento

Monto	Bancoldex <input type="checkbox"/> Findeter <input type="checkbox"/>	Destinación	Plazo (Meses)
Garantía Propuesta: Hipoteca <input type="checkbox"/> Prendaria <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual?: _____			

### Información de la Empresa

Razón Social (Como aparece registrado en Cámara de Comercio)										Sigla	
NIT.			DV		Fecha de Constitución Año   Mes   Día			Lugar de Constitución		CIU	
Sector Económico: Solidario <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Constructor <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual?: _____											
Naturaleza Jurídica	Organismo Público <input type="checkbox"/>		Entidad Cooperativa <input type="checkbox"/>		Sociedad Privada Extranjera <input type="checkbox"/>		Sociedad Privada Nacional <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		
	Sociedad Multinacional <input type="checkbox"/>		Sociedad sin Ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		Entidad Pública Extranjera <input type="checkbox"/>		Cual?: _____				
Tipo de Sociedad	Sociedad Anónima <input type="checkbox"/>		Sociedad Anonima Simplificada <input type="checkbox"/>		Comandita Simple <input type="checkbox"/>		Unión Temporal Consorcio <input type="checkbox"/>		De Hecho <input type="checkbox"/>		Clasificación Origen de Fondos Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual?: _____
	Comandita por Acciones <input type="checkbox"/>		Limitada <input type="checkbox"/>		Unipersonal <input type="checkbox"/>		Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>				
No.Socios		No. Empleados		No. Sucursales		Tipo Sede Empresa: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		Dirección Sede Principal			
Ciudad y Departamento					Teléfono			Dirección Página Web			
Dirección Sucursal Solicitante					Ciudad y Departamento			Teléfono			
Dirección Correo Electrónico					Envío Correspondencia y reporte anual de Comisiones (RACT): Sede Principal <input type="checkbox"/> Sede Sucursal <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/>				Fecha de Corte Estado de Cuenta 5 10 15 20 25		

SF-FT-530/V6 (Anverso)

Entidad Bancaria

Información Económica (Diligenciar Cifras en Millones)

Ventas Anuales (\$MM)		Gastos Anuales (\$MM)		Activos (\$MM)		Pasivos (\$MM)		Ingresos Mensuales(\$MM)		Egresos Mensuales(\$MM)	
Período			Capital Social			Patrimonio (\$MM)			Ingresos No Operacionales Mensuales (\$MM)		
Detalle Ingresos No Operacionales											

Información Representante Legal

Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre		
Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No. de Identificación			Fecha de Expedición Año   Mes   Día		Lugar de Expedición		Es Socio de la Empresa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Dirección							Ciudad y Departamento				
Teléfono			Celular				Correo Electrónico				
¿Desempeña un cargo Político y/o Público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Cuál _____? Fecha Inicio ____/____/____ Fecha Fin ____/____/____ Actualmente _____				¿Representa legalmente alguna Organización Internacional (ONG/OIG)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
¿La Sociedad y/o los Medios de Comunicación lo reconocen como un Personaje Público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					Tiene algún vínculo con un PEP (padres, hijos, cónyuge, abuelos, hermanos, suegros y cuñados). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
4. Si alguna de las preguntas anteriores es Afirmativa, <input type="checkbox"/> Especifique: _____											

Datos del Contacto autorizado para Información

Primer Apellido			Segundo Apellido			Primer Nombre			Segundo Nombre		
Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No. de Identificación			Dirección						
Ciudad y Departamento				Teléfono/Celular				Correo Electrónico			

Declaración Fatca/CRS

La Empresa es Sucursal, Filial, o Subsidiaria de otra Empresa Constituida en E.E.U.U.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Nombre de la Casa Matriz o Filial			
Dirección Casa Matriz o Filial						País/Estado	
Ciudad				Empresa sujeta a Tributación Fiscal en E.E.U.U. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		No. TIN	
¿Está obligado a tributar en otro país diferente a Colombia y EE.UU.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Cuál?		No. Id. Tributaria	
Empresa cotiza en Bolsa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Cual(es)?				
Empresa Vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			No. GIIN			Empresa obligada a cumplir con la ley FATCA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**Información Básica Socios (Participación mayor o igual al 5%)** Si algún Socio tiene una participación directa o indirecta mayor al 10% al capital de la sociedad o un derecho a recibir más del 10% de utilidades, debe diligenciar adicionalmente los campos señalados con \*.

Tipo	No. de Identificación	Nombre ó Razón Social	% Partic.	¿Desempeña un cargo Político y/o Público? <div>SI NO</div> Fecha Inicio ____/____/____ Cuál ____? Fecha Final ____/____/____ Actualmente ____	¿Representa legalmente alguna Organización Internacional (ONG/OIG?)	¿La Sociedad y/o los Medios de Comunicación lo reconocen como un Personaje Público?	Tiene algún vínculo con un PEP (padres, hijos, cónyuge, abuelos, hermanos, suegros y cuñados).
				SI   NO	SI   NO	SI   NO	SI   NO
	<div>* Soy Ciudadano y/o Residente Fiscal de los EE.UU u otro País. <div>SI NO</div></div>	* Dirección		* País/Estado	* Ciudad	* TIN/N°. Id. Tributaria	
				SI   NO	SI   NO	SI   NO	SI   NO
	<div>* Soy Ciudadano y/o Residente Fiscal de los EE.UU u otro País. <div>SI NO</div></div>	* Dirección		* País/Estado	* Ciudad	* TIN/N°. Id. Tributaria	
				SI   NO	SI   NO	SI   NO	SI   NO
	<div>* Soy Ciudadano y/o Residente Fiscal de los EE.UU u otro País. <div>SI NO</div></div>	* Dirección		* País/Estado	* Ciudad	* TIN/N°. Id. Tributaria	
				SI   NO	SI   NO	SI   NO	SI   NO
	<div>* Soy Ciudadano y/o Residente Fiscal de los EE.UU u otro País. <div>SI NO</div></div>	* Dirección		* País/Estado	* Ciudad	* TIN/N°. Id. Tributaria	
				SI   NO	SI   NO	SI   NO	SI   NO
<div>Si alguna de las preguntas anteriores es Afirmativa, especifique el Nombre y la Actividad:</div> <div></div> <div></div> <div></div>							

Operaciones Internacionales

Realiza Operaciones en Moneda Extranjera <div>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>				Posee Cuentas en el Exterior <div>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></div>		
Si su Actividad Económica implica transacciones en Moneda Extranjera, señale los tipos de transacción						
Importaciones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Préstamos Moneda Extranjera <input type="checkbox"/>	Pago de Servicio <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	
Productos que se poseen en Moneda Extranjera						
Nombre de la Entidad	Número de la Cuenta/Producto	Tipo Producto	Monto Operación	Moneda	Ciudad	País

## Autorizaciones:

### Autorización para Cargar otros Conceptos

Autorizo a Bancoomeva cargar a mi Estado de Cuenta cualquier otro gasto generado por las características propias del Crédito solicitado.

Autorizo debitar de mi Cuenta No. \_\_\_\_\_ el valor correspondiente al pago mensual de mis obligaciones.

### Declaración de Conocimiento de Condiciones del Crédito.

Certifico que Bancoomeva me ha suministrado toda la información referente a los términos y condiciones del contrato de crédito bajo las cuales se efectuará el análisis del mismo, certifico que entiendo y acepto estas condiciones, especialmente en lo referente a: Tasas de Interés (Tasa Efectiva Anual, Periodicidad, Tasa Fija o Variable, Variación y margen en caso variable), Base de Capital sobre la cual se aplica la Tasa de Interés, Tasa de Interés de Mora, Comisiones y Recargos, Plazo del Crédito, Condiciones de Prepago, Derechos de Bancoomeva en caso de incumplimiento del deudor, Acceso a conocer la(s) calificación(es) de riesgo de la(s) obligación(es) una vez desembolsada(s) previa solicitud escrita. Aquella información adicional que he solicitado como Deudor.

Certifico que entiendo y acepto que Bancoomeva no contrae con esta solicitud la obligación de otorgar el crédito que me ha sido explicado, que las condiciones pueden variar al momento del otorgamiento y que será informado oportunamente al respecto, por lo anterior, firmo el presente documento a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

**Nota:** Los intereses sobre el crédito se cobran desde el momento en que se efectúa el desembolso del dinero. Por ser cobro vencido, este primer cobro se acumula para ser incluido en el siguiente mes.

### Declaración Voluntaria de Origen de Fondos

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente Declaración de Origen de mis Fondos a Bancoomeva con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 007 de 1996, expedida por la Superintendencia Bancaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993) Ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes.

- Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la Ocupación, Profesión, Actividad, Negocio, etc \_\_\_\_\_).
- Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
- No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta Entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales de este documento, así como por la información errónea, falsa, o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento e igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a Bancoomeva de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

### Autorización para el Tratamiento, Consultar, Reportar, Compartir Información y Tratamiento de datos personales

Actuando en mi condición de Representante Legal y/o apoderado, autorizo a la Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia, al Banco Coomeva S.A., Coomeva Corredores de Seguros S.A., Fiduciaria Coomeva S.A. y en general, a las Empresas del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva (**GECC**) para que con relación a la Persona Jurídica que represento, realicen lo siguiente:

(1) **a)** Consultar, en cualquier tiempo, en las Centrales de Riesgo toda la información relevante para conocer mi comportamiento comercial y crediticio, **b)** Reportar a las Centrales de Riesgo información sobre el cumplimiento de mis obligaciones crediticias, **c)** Enviar la información mencionada a las Centrales de Riesgo con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla y clasificarla. La autorización anterior permite a la fuente de información y a las Centrales de Información de Riesgo divulgar la información mencionada para fines de: i) evaluar los riesgos de concederme un crédito, ii) verificar el cumplimiento de mis deberes contractuales, constitucionales y legales y, iii) elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

(2) Consultar, suministrar y/o intercambiar entre las Empresas que forman parte del **GECC** la información, los anexos y soportes que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con dichas entidades o cualquier otro tipo de información acerca de mis datos personales, financieros y comerciales, para que analicen, evalúen y concluyan sobre mis hábitos y tendencias y para la realización de pruebas de mercado. En caso de contar con seguros tomados a través de empresas del **GECC**, autorizo a que mi información relacionada con el SARLAFT y que reposa en dicho formulario y documentos suministrados pueda ser compartida con Compañías Aseguradoras, únicamente para ser utilizada para los fines relacionados con dicho contrato de seguro. La presente autorización se extiende a compartir mis datos e información personal a aliados comerciales de las Empresas del **GECC** con los cuales se contrate la comercialización, ofrecimiento y venta de productos propios del **GECC** o de terceros en alianza con las Empresas del **GECC**.

(3) En mi condición de Representante Legal y/o apoderado, se realice el tratamiento de mis datos personales y la información relativa a mis datos biométricos, pudiendo ser compilados, almacenados, consultados, usados, compartidos, intercambiados, transmitidos, transferidos y objeto de tratamiento en bases de datos. Al consentir el tratamiento de mis datos sensibles, lo hago teniendo en cuenta que el mismo es necesario para identificarme ante las Empresas del Grupo Empresarial Coomeva, para prevenir el riesgo de fraudes y suplantaciones, firmar documentos en forma digital, así como también para el acceso a productos y servicios basados en nuevas tecnologías.

Desde ya me obligo a suministrar y actualizar todos los datos y documentos que las Empresas del **GECC** me soliciten para confirmar la información registrada en este formulario, con el fin de asegurar el conocimiento del Cliente. En el evento de incumplir la obligación aquí establecida, autorizo a rechazar la apertura u otorgamiento de nuevos productos y a bloquear los que a mi nombre se encuentren vigentes hasta tanto confirme la información proporcionada en este formulario.

Declaro haber sido informado que este producto cuenta con el Seguro de Depósitos de Fogafin, a través del cual se garantiza a los Depositantes la recuperación del dinero total o parcialmente ante la eventual liquidación de la Institución Financiera.  
Para más información ingresa a [www.bancoomeva.com.co](http://www.bancoomeva.com.co)

Nombre del Funcionario Bancoomeva

Firma del Solicitante

Huella

### Espacio Exclusivo de Bancoomeva - Entrevista al Cliente

Con mi firma certifico haber realizado la entrevista presencial con el Cliente, confirmando los datos con el Cliente en la fecha y hora que a continuación relaciono:

Lugar de la Entrevista: \_\_\_\_\_ Fecha (Año/Mes/Día) \_\_\_\_\_, Hora: \_\_\_\_\_, Resultado: \_\_\_\_\_

Código del Empleado: \_\_\_\_\_ Observaciones y/o Recomendaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_, Descripción de la Actividad Económica del Cliente (Negocio) \_\_\_\_\_, Cree Usted que el producto solicitado está acorde al Perfil y Actividad del Cliente?: \_\_\_\_\_, Recomienda Usted la Apertura del Producto de acuerdo al Conocimiento que tiene del Cliente? \_\_\_\_\_.

Firma Intermediario/Asesor Responsable/Entrevistador: \_\_\_\_\_