

Solicitud Única de Asociación - Persona Jurídica

Solicitud Única de Asociación

Fecha de Solicitud DD MM AAAA	Ciudad	Oficina de la ciudad donde desea recibir los servicios
--------------------------------------	--------	--

Datos Generales de la Empresa

Razón Social		Sigla	RUT				
Fecha de Constitución DD MM AAAA	Dirección		Barrio	Ciudad/Departamento			
Teléfono		Fax	Correo Electrónico				
Página Web		Acta de Creación Decreto <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Escritura o Documento Privado <input type="checkbox"/>			No. Empleados		
Nombre(s) y Apellido(s) del Representante Legal			Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>		No. Identificación		

Tipo de Empresa

Anónima
 Asociación
 Cooperativa
 Limitada
 En comandita por acciones
 En comandita simple
 Fondo de Empleados
 Fundación
 Sociedad de hecho
 Empresa Asociativa de trabajo EAT
 Otra

Cuál?: _____

Actividad Económica

Agropecuario
 Financiero
 Industrial
 Comercio
 Informática
 Minero y Energético
 Servicios
 Solidario
 Construcción
 Transporte
 Otros

Descripción Actividad Económica

Código de la Actividad Económica CIU

--	--	--	--	--	--

Información Financiera

Ingresos (Ventas) Anuales	\$ _____
Egresos Anuales	\$ _____
Total Activos	\$ _____
Total Pasivos	\$ _____
Total Patrimonio	\$ _____

Patrimonio

Tipo	Cantidad
Vehículo	
Bienes Inmuebles	
Otros Bienes (Acciones, bonos, maquinaria, semovientes, etc)	

Accionistas o Socios

Nombre o Razón Social	Identificación	No. Identificación	Partic. (%)	¿Asociado a Coomeva?
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual: _____			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Referencias Financieras

Nombre	Sucursal	Tipo de Producto
		Ahorro <input type="checkbox"/> Cta. Cte. <input type="checkbox"/> Portafolio <input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/>
		Ahorro <input type="checkbox"/> Cta. Cte. <input type="checkbox"/> Portafolio <input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/>

Referencias Comerciales

Nombre del Establecimiento	Sucursal	Dirección	Ciudad	Teléfono

Necesidades y Expectativas

Indique los productos que tiene o desearía tener. Para los productos que tiene, indique la Entidad donde se encuentran.

Tipo de Producto	Detalle Productos	Tiene	Desea	Entidades
Servicios de Desarrollo Empresarial y Educación	Programas de Capacitación, Asesoría y Acompañamiento Empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Financiación, respaldo e Inversión Empresarial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Estudios para sus Empleados y/o Accionistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Créditos Educativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Salud	Planes de Medicina Prepagada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plan Obligatorio de Salud (EPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Programas de Salud Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Plan Complementario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planes de Emergencia Médica Domiciliaria (CEM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de Recreación y Turismo	Actividades Recreacionales, Culturales y Deportivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planes y tiquetes Nacionales e Internacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Asesoría en Trámite de Visas, Documentación y Asistencia Médica en viajes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguros	Seguros Patrimoniales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros de Vehículos / Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros de Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SOAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Seguros Laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pólizas de Cumplimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Productos de Ahorro e Inversión	Cuenta Corriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Leasing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CDT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Productos de Crédito	Cartera Ordinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tesorería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Libranza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito Activos Fijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito Capital de Trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Crédito Rotativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Servicios Financieros	Convenios de Pago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Convenios de Recaudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Factoring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros Productos	Fondo de Empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Caja de Compensación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fecha en la que desea cancelar su Estado de Cuenta 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/>	Autoriza recibir información a través del correo electrónico SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Autoriza recibir información a través de mensaje de texto a su celular SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Aportes \$ _____	Recreación \$ _____	TOTAL \$ _____

Autorización para Consulta/Reporte y Compartir Información

Autorizo a Coomeva y cualquiera de las entidades que pertenezcan a su Grupo Empresarial o que llegaren a pertenecer o a quien represente sus derechos u obste en el futuro la calidad de Acreedor, en forma permanente e irrevocable, para que: **a)** Consulte ante las Centrales de Información y Riesgo, o cualquier Entidad autorizada mi endeudamiento, la información comercial disponible sobre el cumplimiento o no de mis compromisos adquiridos, así como de su manejo. Igualmente para que ante dichas Entidades solicite, informe, reporte, procese o divulgue todo lo relacionado con mi nombre, comportamiento como Cliente en general, comportamiento comercial y en especial sobre el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones por mi contraídas o que llegare a contraer con cualquiera de las entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tales informaciones a quienes tuvieran interés legítimo en ella. En consecuencia, dichas Entidades u otras Entidades afiliadas a la Central de Información del Sector Financiero CIFI, o cualquier otra Central de Información, conocerán mi comportamiento presente, pasado y futuro relacionado con el cumplimiento de mis obligaciones. **b)** Consulte, suministre, intercambie y/o remita entre ellas la información, los anexos y soportes que llegare a suministrar con ocasión de mi vinculación comercial con dichas Entidades, actualizaciones o cualquier otro tipo de información acerca de la transparencia y licitud de mis actividades, para que analicen, evalúen y concluyan sobre mis hábitos y tendencias y para la realización de pruebas de mercado. **c)** De acuerdo a mi perfil, Coomeva Financiera apruebe preaprobados a mi nombre. **d)** Verifique la información por mí reportada ante cualquier Persona Natural o Jurídica, Privada o Pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con cualquiera de las Entidades que pertenezcan al Grupo Empresarial Coomeva y me comprometo a actualizar la información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. **e)** Los dineros que queden a mi favor como Asociado al momento de retirarme de COOMEVA sean utilizados para cubrir mis obligaciones vencidas con otras Entidades del Grupo Empresarial. **f)** Autorizo a Coomeva con NIT. 890 300 625-1 para que cargue a mi primer Estado de Cuenta el valor de \$ _____, correspondiente a la Cuota de Admisión como Asociado a la Cooperativa.

Lo anterior implica que la información reportada permanecerá en la Base de Datos 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. Bajo la gravedad del juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable.

Acta No.	Oficina que Vincula	Aprobado por: Comité Regional de Administración <input type="checkbox"/> Comité Zonal de Administración <input type="checkbox"/>	Fecha de Aprobación DD MM AAAA
Apellido(s) y Nombre(s) del Promotor		Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/>	Número
Firma Funcionario Coomeva _____ Fecha y Hora de la entrevista: _____		Unidad Gestión Asociados <input type="checkbox"/> Cooperativa Financiera <input type="checkbox"/>	Firma Representante Legal _____

