FORMATO DE VINCULACIÓN PERSONA JURIDICA

Ciudad	Recomendado por	Fecha Diligenciamiento
		D/ M/ A/

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Razon Social								NIT	DV
Sigla	**Dirección Principal**					**Tipo de empresa**			
						Pública		Privada	Mixta		Otra
Página Web	**Correo Electrónico**					**Teléfono**			**Fax**
Información Tributaria									
CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE			**RENTA REGIMEN ESPECIAL**		**RENTA REGIMEN ORDINARIO**			**NO CONTRIBUYENTE**	
Gran Contribuyente	**SI**		**NO**		**Autorretenedor**	**SI**		**NO**		**Regimen de IVA**	**Común**		**Simplificada**	

1.1 REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento						Número	Fecha y ciudad de expedición
	C.C.		C.E.		P.P			
Dirección Domicilio	**Ciudad**						**Departamento**	**Teléfono**
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							**SI**		**NO**	

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales						**Total Egresos mensules**
Otros Ingresos Mensules						**Otros Egresos Mensuales**
Total Activos						**Total Pasivos**
Mes y año de corte de la información financiera suministrada		**Mes**		**Año**		
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:						

3. REFERENCIA COMERCIAL

Nombre del Establecimiento	Dirección	Ciudad	Teléfono

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

El abajo firmante, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que aquí todo lo consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuente de fondos con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular externa 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaría, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), la ley 190 de 1995 "Estatuto anticorrupción" y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo cuentas de ahorros, certificados de depósitos a término o a cualquier otro servicio financiero.
Los recursos que entregaré en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación oficio, profesión, actividad, negocio, etc.)_____
_____

Declaro que los recursos que entregaré no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que los modifique.
No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que los modifique o adicione ni efectuarse transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
Autorizo a saldar las cuentas de los depósitos que mantenga en esta institución, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de violación del mismo.
Autorizo a COUNAL a sus filiales y subordinadas o a quien represente sus derechos u ostenten en el futuro la calidad de acreedor de manera irrevocable, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial y financiera, reporte a la central de información de la superintendencia de Economía solidaria y de cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones controladas con anterioridad o que se llegaren a contraer, frutos de contratos financieros con COUNAL y sus subordinados, derivadas de las relaciones que entre nosotros se establezcan.
La presente autorización, comprende la información referente a la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros, por el término establecido por la Ley o en su defecto por la jurisprudencia de la Corte Constitucional o cualquier otra autoridad al respecto.
La presente autorización faculta a la entidad, a sus filiales y subordinados o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, divulgar, conservar, suministrar a la Superintendencia de Economía Solidaria o a cualquier otra entidad encargada del manejo de datos comerciales y financieros, lo referente a mi comportamiento comercial, datos personales económicos, así como también el solicitar información sobre mis relaciones comerciales, de conformidad con el reglamento vigente de dichas centrales, teniendo como vigencia esta autorización hasta la cancelación definitiva del vínculo establecido.
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO
Autorizo a COUNAL para que con fines estadísticos y de información consulte, reporte , circule e incluya a las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de credito 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 legitimo en ella. Me comprometo a actualizar esta información por lo menos una vez al año.

5. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Documento	Entidad	Representante Legal
Formato de Vinculación Persona Juridica debidamente diligenciado y firmado	X	
Camara de Comercio o Resolución de Inscripción en el Registro Sindical	X	
Constancia del órgano interno donde se acredite que fue autorizado la solicitud de ingreso a la Cooperativa (parte pertinente del acta)	x	

Fotocopia del documento del Representate Legal		X
Estados Financieros con corte al último dia del mes anterior	X	
copia última Declaracion de Renta	X	

6. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Firma Solicitante o Representante Legal

Huella Indice Derecho

7. ANALISIS Y APROBACION

7.1 Comité de Admisiones

Lugar	Fecha						Hora			
	aa		mes		día		a.m.		p.m	

Observaciones

FIRMAS:

7.2 Consejo de Administración

Lugar	Fecha						Hora			
	aa		mes		día		a.m.		p.m	

Resultado	Aceptado		Rechazado	

Observaciones

FIRMA PRESIDENTE CONSEJO DE ADMINISTRACION

FIRMA SECRETARIO CONSEJO DE ADMINISTRACION

8. CONFIRMACIÓN DATOS DEL CLIENTE

Fecha	Hora	Teléfono
aa mes día	a.m. p.m.	

Nombre de la persona que atendió	Parentesco

Confirmación de la dirección SI NO

Observaciones

Nombre y firma Auxiliar Administrativo que verifica