

Solicitud de Vinculación Persona Jurídica

Todos los campos de este formato son de carácter obligatorio, sino cuenta con algún dato, por favor diligencie "NO APLICA"
(Por favor diligencie en letra de imprenta)

En alianza con  **compensar**



Fecha de solicitud Día Mes Año		Ciudad	Código vendedor	No. Radicación
-----------------------------------	--	--------	-----------------	----------------

Solicitud productos

Convenio de ahorro y crédito Asociación <input type="checkbox"/>	CDAT Factoring <input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro programado <input type="checkbox"/>	Destinación ahorro Capital de trabajo <input type="checkbox"/>	Renovación tecnológica <input type="checkbox"/>	Compra de activos <input type="checkbox"/>
Valor cuota ahorro			Plazo (en meses)		

Información para el crédito

Para producto de crédito Deudor <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>	Monto solicitado	Plazo (en meses)	Destino del crédito
--	------------------	------------------	---------------------

Información básica de la empresa

Nombre o razón social		Nombre comercial o sigla			
Nit.	Código CIU	Actividad económica principal	No. escritura constitución	Fecha de constitución D D M M A A A A	
Tipo de sociedad	Unipersonal <input type="checkbox"/> Simplificada <input type="checkbox"/>	Limitada <input type="checkbox"/> Comandita simple <input type="checkbox"/>	Anónima <input type="checkbox"/> Comandita por acciones <input type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/>	
Naturaleza jurídica Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		Tamaño de empresa Grande <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Pequeña <input type="checkbox"/> Microempresa <input type="checkbox"/>		Número de empleados	
Dirección oficina principal		Barrio	Ciudad o municipio	Departamento	
Teléfonos	Extensión	Fax	Celular	Correo empresarial	
Tipo de local	Arrendado <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/>	Tiempo / antigüedad de la empresa en la ubicación actual: _____ meses			
Envío correspondencia (marque solo una opción) Correo empresarial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			No. empleados		
Si es arrendado diligencie Nombre del arrendador		Ciudad	Departamento	Teléfono	

Información representante legal

1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
Tipo documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	Identificación No.	Fecha de expedición D D M M A A A A	Expedida en	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		
Dirección de residencia		Teléfono celular		Departamento	Ciudad	Barrio	
Teléfonos empresa		Extensión	E-mail empresarial		Es funcionario público Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo	

Persona contacto empresa

Nombres y apellidos		Cargo
Correo electrónico		Teléfonos

Información de socios principales (aquellos con participación del 5% o más del capital social de la empresa)

Nombre	Tipo de documento Nit. C.C.	Número del documento	% de participación	Antigüedad como socio (meses)

Referencias

Comerciales (proveedores)

Nombre establecimiento	Dirección	Ciudad / Municipio	Teléfono contacto	Fax
¿Qué productos o servicios compra?				
Nombre establecimiento	Dirección	Ciudad / Municipio	Teléfono contacto	Fax
¿Qué productos o servicios compra?				

Financieras

Nombre de la entidad	Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	No. _____	Oficina
Dirección	Ciudad	Teléfono(s)	
Nombre de la entidad	Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	No. _____	Oficina
Dirección	Ciudad	Teléfono(s)	

FOR-PC-0002



Información financiera de la empresa

Ventas anuales \$	Costo de ventas anuales \$	Total gastos administración y ventas anuales \$	Total otros ingresos anuales \$
Total utilidad neta anual \$	Total activos \$	Total pasivos \$	Patrimonio \$
			Fecha de corte D D M M A A A A

Información complementaria

Realiza operaciones financieras por medios electrónicos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Maneja o administra dineros del sector público Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detalle _____
Tipo de contribuyente Empresa del estado <input type="checkbox"/> Gran contribuyente <input type="checkbox"/> Régimen común <input type="checkbox"/> Corporación o fundación sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		
Exento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Autoretenedor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vigilado por Superfinanciera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Operaciones internacionales

Realiza transacciones en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de transacción	Importaciones <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Remesas <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? Otras <input type="checkbox"/>
Posee cuenta en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de cuenta	Moneda	Banco	Ciudad	País	
Tipo de producto Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros <input type="checkbox"/>	Recursos mensuales (moneda extranjera) por concepto de operaciones internacionales Efectivo \$ _____ Cheque \$ _____					

Entrevista

Lugar	Fecha D D M M A A A A	Hora a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>	Resultado de la entrevista Aceptada <input type="checkbox"/> Rechazada <input type="checkbox"/>
Observaciones _____			
Conocimiento del cliente cumplimiento decreto 663 de 1993 artículo 102 y el artículo 23 de la Ley 365 de 1997, certifico que realice entrevista y validación de firmas _____ Nombre Cargo Firma			

Notas

_____, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi calidad de representante legal de _____, con Nit. _____ manifiesto:

Declaraciones y autorizaciones generales

Declaración de origen de fondos
 Obrando en nombre y representación legal de _____, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos a UNIMOS Entidad Cooperativa, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto en las normas legales concordantes para la apertura de productos y demás operaciones que tramito a través de UNIMOS Entidad Cooperativa.

1- Los recursos que deposito en la Cooperativa proceden de las siguientes fuentes de ingreso: _____

2- Declaro que los recursos que deposite no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Que no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas y manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con dichos recursos, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

3- Autorizo a UNIMOS Entidad Cooperativa a saldar los productos y/o contratos que mantenga en esta Institución y a tomar las medidas pertinentes, en el caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario o que se deriven de antecedentes que haya omitido sobre mi conducta financiera. Igualmente, me obligo con la Cooperativa a reportar por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida.

Protección, Consulta y Reporte de información
 4- De acuerdo a lo estipulado en el decreto 1377 de 2013 que reglamenta la ley 1581 de 2012, en mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa a UNIMOS, o a quien representa sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. Manifiesto de manera expresa, que me han informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad.

Aceptación de la Reglamentación
 Entiendo que la aceptación de mi asociación está sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los Estatutos Vigentes y es prerrogativa de la entidad admitirme como afiliado. Declaro que conozco los estatutos los cuales puedo consultar permanentemente en la pagina www.UNIMOS.com.co, en donde aparece además, toda la reglamentación de la Cooperativa y sus productos.
 Manifiesto que toda la información suministrada es veraz y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.

Declaración FATCA

Atendiendo lo señalado por la Ley 1666 de 2013 por medio de la cual se aprueba el "ACUERDO ENTRE EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA" y teniendo en cuenta que Colombia fue incluida por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos dentro de la lista de países que tienen un IGA (Acuerdo Intergubernamental) sustancialmente negociado. Solicitamos diligenciar la siguiente información:

a. Mantiene algún tipo de contrato con entidades estadounidenses o recibo cualquier ingreso cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos. Si No

Aportes (si aplica)

De conformidad con los estatutos vigentes de UNIMOS, me comprometo a suscribir y pagar como aportes mensualmente una cuota equivalente a _____ SMMLV. Autorizo de conformidad con los estatutos de UNIMOS, a que este monto sea distribuido entre aportes sociales y ahorro permanente conforme a los porcentajes establecidos en los estatutos o señalados por la Asamblea General.
 Declaro que conozco y acepto el reglamento de productos de Unimos

En constancia de haber leído, entendido y acepto lo anterior firmo la presente solicitud				
Firma del representante legal _____	Impresión dactilar	Indicar cual fue el dedo de impresión _____		
Nombre _____				
Documento de identidad _____				
Los campos o espacios deben ser completamente diligenciados. La recepción de este formulario no implica compromiso para UNIMOS de aprobación de productos.				
Nombre de quien tramita	Nombre de quien recibe y graba	Nombre de quien verifica	Nombre de quien aprueba	Fecha y hora
Observaciones _____				