

DATOS BASICOS DEL CLIENTE

Actualización Cliente
Nuevo Ingreso
Re-Ingreso
Firmante

Fecha:

Identificación Principal

| | |
|-----------------------|--|
| No. de Identificación | |
| País de Expedición | |

Información General

| | | | |
|--------------------|--|---------------------|---|
| Primer Nombre | | Fecha de nacimiento | |
| Segundo Nombre | | Sexo | F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Primer Apellido | | Cantidad de hijos | |
| Segundo Apellido | | ¿Es independiente? | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil | | | |
| Apellido de Casada | | | |
| Nivel Educativo | | | |
| Profesión | | | |
| País de Nacimiento | | | |

Persona expuesta políticamente

| | | |
|--|----------------------|--|
| ¿Es o tienes relación con PEP's? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha de inicio | |
| Partido político: | Fecha de terminación | |
| Cargo: | Parentesco: | |

Empleo

| | | | |
|------------------|----------|--------------------------|----------------------|
| Empleador | | Contrato: | |
| Cargo: | | Frecuencia de pago: | |
| Fecha de ingreso | | Actividad de la empresa: | |
| Salario: | | Email Laboral: | |
| | | | |
| Provincia | Distrito | Corregimiento | Detalle de Dirección |

Dirección de Residencial

| | | | | | |
|----------------|----------|----------------------|--------|-------|---------------|
| Celular: | | Teléfono residencial | | | |
| Email Personal | | | | | |
| | | | | | |
| Provincia | Distrito | Corregimiento | Barrio | Calle | No. Apto/Casa |

Vínculos / Familiares

| | | | | | |
|--------------------|--|------------|--|---------------|--|
| Nombre de conyugue | | No. Cedula | | Fecha de nac. | |
| Nombre de hijos | | No. Cedula | | Fecha de nac. | |
| Nombre de hijos | | No. Cedula | | Fecha de nac. | |
| Nombre de hijos | | No. Cedula | | Fecha de nac. | |
| Nombre de hijos | | No. Cedula | | Fecha de nac. | |

Información sociodemográfica

| | | | | |
|------------------|--|-----------------------------------|--|---|
| Tipo de vivienda | Arrendada <input type="checkbox"/> | Prestada <input type="checkbox"/> | Propia hipotecada <input type="checkbox"/> | Propia no hipotecada <input type="checkbox"/> |
| | Vive con familiares <input type="checkbox"/> | | | |

¿Es Cliente FATCA?: Si No

Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras (Foreign Account Tax Compliance Act)

Actividad Económica Secundaria

| | |
|---------------------------|--|
| Nombre de la empresa | |
| Teléfono del negocio | |
| Tipo de Actividad | |
| Dirección | |
| Fecha Inicio de operación | |

Nota: El presente formulario no puede estar alterado y no debe contener espacios en blanco. Coloque n/a (no aplica) en el caso de no tener respuesta.

Referencias Personales y Bancarias

| Nombre | Parentesco | teléfono | Dirección |
|--------|------------|----------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| Banco/ Institución | Información del producto | Saldo |
|--------------------|--------------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

Perfil financiero - Ingresos y Gastos mensuales

| | | | | |
|----------------------|--|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Otros ingresos | | Declarante de Renta | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Ingresos de conyugue | | | | |
| Gastos | | | | |

Perfil Transaccional/Movimiento esperado mensual

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|
| Volumen mensual ingresos (depósitos) | | Cantidad de transacciones de ingresos (depósitos) | |
| Volumen mensual egresos (retiros) | | Cantidad de transacciones de egresos (retiros) | |

Referido/Vinculo

| | | | |
|--------------|--|-----------------|--|
| Referido por | | No. de asociado | |
|--------------|--|-----------------|--|

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaro bajo la gravedad del juramento que todo lo indicado en esta auto-certificación es verdadero, completo y correcto. Así mismo declaro que no tengo más residencias fiscales adicionales a las aquí mencionadas. Entiendo y acepto que esta información puede ser suministrada a la Dirección General de Ingresos (DGI), así como a las autoridades competentes de otros países o jurisdicciones fiscales para la implementación del intercambio automático de información Common Reporting Standard (CRS por sus siglas en ingles) en virtud del Acuerdo Multilateral de Autoridades Competentes y me comprometo a informar inmediatamente a Cooperativa de Servicios Múltiples Edioacc, R.L. si ocurre algún cambio en las circunstancias que ocasionen que la información contenida en el presente documento pueda convertirse en incorrecta o incompleta, dentro de los 30 días hábiles posteriores a que ocurra el cambio de dichas circunstancias.
- Declaro bajo la gravedad de juramento que los flujos de ingresos y salidas de recursos que se efectúan desde la(s) cuenta(s) que mantengo en Cooperativa de Servicios Múltiples EDIOACC, R.L. cumplirán con las obligaciones tributarias de mi país(es) de residencia fiscal. La anterior declaración, la hago en cumplimiento de las leyes, decretos, acuerdos y/o cualesquiera otras disposiciones legales de carácter nacional y/o internacional que son o lleguen a ser aplicables a Cooperativa de Servicios Múltiples Edioacc, R.L.. En caso de que fuese necesario, me comprometo a notificar inmediatamente a la Cooperativa, sobre cualquier cambio con respecto a la información indicada en el párrafo anterior y en consecuencia, exonerar y libero de toda responsabilidad civil y/o penal a la Cooperativa de Servicios Múltiples Edioacc, R.L., a sus Directores, Dignatarios, Ejecutivos, Colaboradores y Agentes, derivada del incumplimiento de dichas obligaciones tributarias, y me obligo a mantenerlos indemne por los daños perjuicios que puedan surgir de dichas actuaciones u omisiones.
- Por este autorizo expresamente a la Cooperativa de Servicios Múltiples EDIOACC, R.L., para que, de conformidad con los expresado en el artículo 7 y demás disposiciones aplicables de la Ley 24 del 22 de Mayo de 2022 (Ley 14 de 18 de mayo de 2006), consulte, suministre o intercambie información con otros bancos, auditores externos, agencias de información o agentes económicos de la localidad o del exterior. EDIOACC R.L. mantendrá a disposición del cliente y hará entrega a su requerimiento de toda la información que reciba, mantenga o maneje con base en la autorización expresa en el presente instrumento; haciendo del conocimiento del cliente las fechas en que actualiza su información crediticia, así como hasta emitido opinión o referencia crediticia del cliente a terceros (Ley 81 del 26 de Marzo de 2019).
- Autorizo expresamente a Cooperativa de Servicios Múltiples Edioacc, R.L. para corroborar la veracidad de la información aquí suministrada y a obtener, solicitar o enviar cualquier información necesaria vía telefónica o correo electrónico relativa a esta solicitud y con respecto a la información brindada por terceros para tales efectos. Declaro que la firma que aparece inserta en este documento y, en mi documento de identificación personal, es la misma. La información suministrada de forma verbal y escrita es verdadera y autorizó expresamente a Cooperativa de Servicios Múltiples Edioacc, R.L. a verificar cualquier dato suministrado. Certifico que los recursos, dineros y demás bienes que se entreguen o depositen en mi (s) cuenta (s) en la Cooperativa de Servicios Múltiples Edioacc R.L., proviene de la actividad a la que me dedico a título personal como propietario beneficiario final o en calidad de firmante del propietario o beneficiario final. Declaro bajo gravedad de juramento y bajo la pena de falso testimonio, que he examinado la información incluida en este formulario y que, a mi leal saber y entender es fidedigna, correcta y completa. Este formulario está basado en el Decreto ejecutivo No. 35 del 6 de septiembre del año 2022, el cual reglamenta la Ley 23 de 2015, emitido por el Ministerio de Economía y Finanzas, que adopta medidas para prevenir el blanqueo de capitales, el financiamiento del terrorismo y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, y se dictan otras disposiciones.

Firma del cliente: _____ Número de asociado/ahorrista: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Para Uso Exclusivo de la Cooperativa

Atendido por: _____ Verificado por: _____

Cliente está actuando como intermediario de otra persona: Si No

Nota: El presente formulario no puede estar alterado y no debe contener espacios en blanco. Coloque n/a (no aplica) en el caso de no tener respuesta.