

# APERTURA CUENTA DE AHORROS A LA VISTA



## DATOS BÁSICOS DE LA SOLICITUD

Ciudad y Fecha de Solicitud: <input type="text"/> <input type="text"/>		Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiar <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiar - Red Coopcentral	
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Identificación: <input type="text"/> <input type="text"/>	Ciudad y Fecha de Expedición: <input type="text"/> <input type="text"/>
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección de Residencia: <input type="text"/>	Barrio:	Ciudad / Municipio:	Departamento / Estado:
Teléfono Residencia:	Celular:	E-mail personal:	

Su ahorro proviene de:

## INFORMACIÓN ADICIONAL DEL REPRESENTANTE O TUTOR

*Si el titular de la cuenta es menor de edad, el representante o tutor debe diligenciar esta información*

Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro _____		Número de Identificación: <input type="text"/> <input type="text"/>		Ciudad y Fecha de Expedición: <input type="text"/> <input type="text"/>	
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:		
Dirección de Residencia: <input type="text"/>	Barrio:	Ciudad / Municipio:	Departamento / Estado:		
Teléfono Residencia:	Celular:	E-mail personal:			

## DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE RECURSOS

Declaro que: 1.) Mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal. Certifico que la información suministrada es verídica y que estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada servicio o producto que utilice. 2) Declaro que los recursos que entrego no provienen de actividades ilícitas, especialmente de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 3) No admitiré que terceros efectúen aportes, ahorros y/o pago de obligaciones a mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. 4) Autorizo a compensar las sumas de las que sea titular por concepto de aportes, ahorros, y acelerar el plazo para el pago de las obligaciones que mantenga en la entidad, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento.

## EXENCIÓN DEL GMF

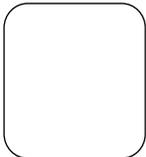
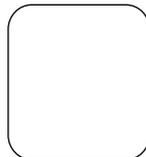
Solicito de manera atenta la aplicación de la exención del Gravamen a los Movimientos Financieros prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, para el efecto me permito informar: 1.) Que conozco y acepto que la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario, sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros, depósito electrónico o tarjeta prepago por persona, siempre y cuando se trate de un único titular. 2.) Que en la actualidad soy único titular de la cuenta de ahorros en BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, identificada en la presente comunicación. 3.) Que me comprometo a no solicitar dicha exención ante otra entidad financiera o cooperativa mientras exista la exención sobre la cuenta de ahorros, respecto a la cual estoy solicitando la aplicación del beneficio tributario. 4.) En caso de solicitar la marcación de la cuenta como exenta del GMF, manifiesto bajo la gravedad de juramento que realizo la presente solicitud de exención, en razón de que a la fecha no gozo del beneficio tributario en ninguna otra cuenta de ahorros con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA ni en otra entidad financiera o cooperativa. 5.) Autorizo expresa e irrevocablemente a Beneficiar Entidad Cooperativa para que suministre toda la información relacionada con mis datos personales y la cuenta de ahorros mencionada en la presente comunicación a las autoridades competentes y demás entidades financieras que la soliciten, con el fin de verificar la adecuada aplicación de la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario. 6.) En constancia de lo anterior, SI  NO  solicito la exención del GMF y autorizo a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para validar en el sistema financiero que no existe ya una cuenta marcada para este fin y que de no existirlo se procederá con la marcación de la cuenta.

## AUTORIZACIONES

Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiar Entidad Cooperativa, en el Reglamento y Condiciones de Uso de la Tarjeta Débito de Afinidad y en el Reglamento de Ahorro, cuyo contenido puede ser consultado en la Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.

### FIRMA DEL SOLICITANTE

### FIRMA DEL REPRESENTANTE O TUTOR

 Firma del Solicitante	 Firma del Representante o Tutor
 Huella Índice Derecho	 Huella Índice Derecho
N° de Identificación:	N° de Identificación:

ORGANIZACIÓN Y LINEA TODOS - FORMATO APERTURA CUENTA DE AHORROS A LA VISTA. VERSION 5.0 11/06/2019



INSCRITO A:



VIGILADO POR: