

Oficina: _____		Fecha y hora de la entrevista: DD-MM-AAAA / HH:MM		Asesor: _____	
<b>PRODUCTOS SOLICITADOS: Afiliación <input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/></b>					
Titular Principal: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre completo: _____					
<b>1. INFORMACIÓN AFILIACIÓN</b>					
Cuota mensual auxilio funerario: \$ _____. La cuota mensual de aportes equivale al 1% del ingreso mensual.					
<b>2. INFORMACIÓN PRODUCTOS DE CRÉDITO</b>					
Línea de Crédito: Consumo <input type="radio"/> Microcrédito <input type="radio"/> Vivienda <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál?: _____				Tipo Crédito: Nuevo <input type="radio"/> Refinanciación <input type="radio"/> Reestructuración <input type="radio"/>	
<b>2.1. Información Crédito Consumo o Microcrédito</b>					
Destino Crédito: _____					
Plazo en meses: _____ Valor solicitado (incluye refinanciación o reestructuración): \$ _____					
<b>2.2. Información de Codeudores (si el crédito requiere codeudor, relaciónelos a continuación)</b>					
Codeudor 1: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
Codeudor 2: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
Codeudor 3: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
<b>2.3. Información Crédito de Vivienda (Incluye literales 'A', 'B' y 'C')</b>					
Destinación		Habitación principal del titular <input type="radio"/> Habitación secundaria <input type="radio"/> Para la renta <input type="radio"/>			
Modalidad		Compra nueva <input type="radio"/> Compra usada <input type="radio"/> Reestructuración <input type="radio"/> Cesión hipoteca <input type="radio"/> Entidad cedente hipoteca: _____			
Tipo de vivienda: VIS <input type="radio"/> NO VIS <input type="radio"/>		Valor del préstamo: \$ _____		Plazo en años: _____	
<b>A. Información Inmueble</b>					
Dirección: _____		Barrio/Ciudad/Departamento		Teléfono: _____	
Tipo de inmueble	Rural <input type="radio"/> Estrato: _____	Clase de inmueble	Casa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____	Valor comercial inmueble (avalúo): \$ _____	
	Urbano <input type="radio"/>	Apartamento <input type="radio"/>		Valor cuota inicial: \$ _____	
Información vendedor	Tipo documento identidad: C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.Ext. <input type="radio"/> Nit <input type="radio"/>	Número documento: _____		Estado civil	Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>
	Nombre: _____	Teléfono: _____		Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>	
<b>B. Forma de pago de la cuota inicial si es adquisición o de lo invertido en obra</b>					
Recursos propios: \$ _____		Cesantías: \$ _____		Venta inmueble: \$ _____	
Ahorro programado: \$ _____		Subsidios: \$ _____		Descripción otra forma de pago: _____	
<b>C. Si tendrá otros deudores solidarios (que aportarán dinero al crédito de vivienda) relaciónelos a continuación:</b>					
Deudor 1: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
Deudor 2: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
Deudor 3: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
<b>3. INFORMACIÓN PRODUCTOS DE AHORRO</b>					
Productos: Coopeahorro <input type="radio"/> Cotrafito <input type="radio"/> Vivienda <input type="radio"/> Ahorro Navideño/Contractual/Microahorro <input type="radio"/> CDT <input type="radio"/>				Tipo cuenta: Individual <input type="radio"/> Conjunta <input type="radio"/> Alternativa <input type="radio"/>	
Forma pago productos con cuota: Nómina <input type="radio"/> Débito <input type="radio"/> Caja <input type="radio"/>			Periodo para productos con cuota: Mensual <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____		
<b>Coopeahorro o Cotrafito</b>		<b>Ahorro Vivienda</b>		<b>Ahorro Navideño/Contractual/Microahorro</b>	
Destinación:	Consignaciones varias <input type="radio"/>	Plazo según periodo: _____	Plazo según periodo: _____	Plazo según periodo: _____	
	Mesada pensional <input type="radio"/>	Cuota: \$ _____	Cuota: \$ _____	Valor título: \$ _____	
Cuota: \$ _____			Fecha vencimiento: DD-MM-AAAA	Liq intereses: Mensual <input type="radio"/> Al vencimiento <input type="radio"/>	
<b>3.1. Información Otros Titulares (Si el producto es Alternativo o Conjunto, relacione los otros titulares a continuación)</b>					
Titular 2: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
Titular 3: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
Titular 4: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____					
<b>DECLARACIÓN ASEGURABILIDAD</b>					
i) En el evento de solicitar crédito, el Titular Principal debe adquirir un seguro para amparar en caso de: muerte, invalidez, incapacidad total y permanente el saldo de deuda otorgada:					
1. ¿Al momento de tomar este servicio a usted se le ha dictaminado alguna invalidez, incapacidad total y permanente o pérdida de la capacidad laboral? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
2. ¿Usted presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones de salud?					
Cáncer: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Afecciones cardiovasculares: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica): Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
VIH/SIDA: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Insuficiencia renal crónica: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Afecciones cerebrovasculares: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Firma Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado _____					

**SOLICITUD MARCACIÓN BENEFICIO CUENTA EXENTA**

Como titular de la cuenta solicitada en este documento, requiero la marcación de la cuenta con el fin de lograr el beneficio de la exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario: Si  No . En caso afirmativo, manifiesto que ésta cuenta marcada corresponde a la única que goza del beneficio de la exención en todo el sector financiero, para lo cual autorizo a LA COOPERATIVA a consultar esta situación y a proceder a su marcación o no según los resultados de la consulta efectuada. Adicionalmente, si la cuenta se destina para el pago de la mesada pensional, manifiesto que en la cuenta antes mencionada, me consignan únicamente mi mesada pensional, la cual no excede de 41 Unidades de Valor Tributario UVT.

Consultado por: \_\_\_\_\_ Fecha: DD-MM-AAAA Resultado: Exitoso  No exitoso  Causal: \_\_\_\_\_

**APRECIADO CLIENTE**  
Asegúrese de leer antes de firmar

**DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y OTROS**

Se entenderá por LA COOPERATIVA, la Cooperativa Financiera Cotrafa; por EL CONSUMIDOR al Consumidor Financiero; y por LA SUPERFINANCIERA a la Superintendencia Financiera de Colombia.

**Autorización débito automático**

Autorizo a LA COOPERATIVA, a debitar de mi cuenta de ahorros N°. \_\_\_\_\_ o de la cuenta de ahorros solicitada en este documento, el valor de la(s) cuota(s) correspondientes a los productos aprobados en esta solicitud, y las cuotas ordinarias y extraordinarias de aportes sociales y auxilio funerario que se deriven de mi vinculación como asociado de la Cooperativa, de acuerdo con los estatutos y los reglamentos vigentes. Adicionalmente autorizo a que en el momento de aplicar el débito automático que suscribo en este documento, me retenga los valores que procedan por concepto de impuestos.

**Autorización de consulta y reporte a Centrales de Riesgo y tratamiento de datos personales**

En nuestra calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa a LA COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mí(nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a las Centrales de Riesgo o cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines o institución sometida a control y vigilancia de LA SUPERFINANCIERA. De la misma manera autorizo(amos) a LA COOPERATIVA a acceder a mis(nuestros) datos personales contenidos en la base de datos de administradoras de pensiones y/o demás Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para darle tratamiento de conformidad con lo establecido en la Política de Tratamiento de la Información Personal de LA COOPERATIVA, y para finalidades de gestión de riesgo crediticio, tales como: (i) elaboración de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (ii) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países de DataCrédito Experian y/o otras centrales de información financiera. Conozco(emos) que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis(nuestras) obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis(nuestras) obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las Centrales de Riesgo, Entidades de manejo de base de datos o Instituciones sometidas a control y vigilancia de LA SUPERFINANCIERA podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Nuestros derechos y obligaciones así como la permanencia de nuestra información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público estamos enterados. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de la(s) obligación(es) a nuestro cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo(amos) a las centrales de riesgo, entidades de manejo de base de datos y entidades sometidas a control y vigilancia de LA SUPERFINANCIERA a que, en su calidad de operadores, pongan nuestra información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido. En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmo (amos) el presente documento en el espacio definido para las firmas.

**Otras aclaraciones**

**i)** Si dentro de los tres (3) días siguientes al vencimiento del CDT, EL(LOS) CONSUMIDOR(ES) no se presenta(n) a cancelar el producto, se autoriza a LA COOPERATIVA a prorrogarlo por un término igual al inicialmente pactado. **ii)** Si solicitado el producto, el proceso de verificación no es exitoso porque la información suministrada por EL CONSUMIDOR es inexacta o incompleta, autoriza el bloqueo temporal del producto o a efectuar su cancelación. **iii)** Declaro haber sido informado de que la COOPERATIVA se encuentra inscrita en FOGACOP, y por lo tanto cuenta con el seguro de depósitos ofrecido por dicha entidad, los productos amparados por el mismo, su objeto, titulares, valor máximo asegurado y demás condiciones relacionadas con dicho producto. **iv)** EL CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA a suministrar información a su empleador, relacionada con los productos adquiridos bajo la modalidad de descuento por nómina. **v)** En caso de mora en el pago de cualquiera de los productos financieros adquiridos, se podrán efectuar compensaciones contra cualquier suma de dinero que posea a favor EL CONSUMIDOR. **vi)** Cuando por error se consigne dinero en la cuenta del CONSUMIDOR, éste autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo. **vii)** Se autoriza a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada. **viii)** Autorizamos a LA COOPERATIVA a suministrar información a la defensoría del consumidor financiero, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia. **ix)** Manifestamos que conocemos y aceptamos, que el tipo, plazo y valor del crédito finalmente otorgado puede variar respecto a lo consignado en la solicitud, debido a las condiciones de evaluación y análisis que nos han sido informadas en la asesoría. En todo caso, el tipo, plazo y valor serán los aprobados por la Cooperativa y en señal de nuestra aceptación libre y voluntaria otorgaremos el pagare con su correspondiente carta de instrucciones. **x)** Los abajo firmantes declaramos haber recibido de LA COOPERATIVA toda la información previa sobre el crédito hipotecario de vivienda (en caso de estarlo tramitando con la entidad), la cual fue suministrada de forma integral, clara, cierta, comprensible y oportuna, y por eso conocemos suficientemente las condiciones del crédito, la operación del sistema, la composición de las cuotas, el comportamiento del crédito durante la vigencia y las consecuencias derivadas del incumplimiento. Así mismo, manifestamos que hemos elegido libremente el sistema de amortización arriba señalado y la compañía aseguradora con la cual se contratarán los seguros de vida deudores y de incendio y terremoto, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias de la entidad. **xi)** Autorizo a las instituciones prestadoras de servicios de salud, médicos tratantes y demás entes relacionados, para que en caso de ser requerido, hagan entrega de mi historia clínica y demás información relacionada con mi estado de salud. **xii)** Manifiesto que se me ha dado a conocer la información adicional sobre los productos de ahorro y crédito. **xiii)** Manifiesto que se me ha dado a conocer la información sobre la proyección de los servicios solicitados por mi parte y reconozco que los valores allí presentados no necesariamente corresponden a los que efectivamente serán pagados o recibidos conforme a la naturaleza del servicio. **xiv)** Autorizo a LA COOPERATIVA para que realice el cobro del valor correspondiente al estudio de crédito de acuerdo con las tarifas vigentes en la entidad, dicha suma podrá ser descontada del valor del desembolso o ser cobrado por anticipado. **xv)** En el evento de actualizar el valor de mis ingresos, autorizo a LA COOPERATIVA a actualizar la cuota periódica de los aportes sociales proporcional a la variación de los mismos. **xvi)** Manifiesto que se me dieron a conocer los beneficios y condiciones\*\* del auxilio funerario como parte de mi vinculación y de manera consciente y voluntaria opto por ACCEDER  RECHAZAR  a tales beneficios teniendo en cuenta sus implicaciones, o bien sea porque YA LO POSEO  o NO APLICO POR EDAD .

**\*\*Grupo Familiar y Edad que cubre auxilio funerario: Solamente a titular, cónyuge y padres hasta 69 años e hijos del titular hasta 22 años o 28 si está estudiando.**

**Firmas y huellas**

En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmamos el presente documento en el espacio definido para las firmas y certificamos que la información suministrada en la presente solicitud es cierta y autorizamos a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA para su verificación.

**VISTO BUENO EMPRESA**  
(CUANDO SE REQUIERA)

Espacio para Titular principal /Rep. Legal/ Apoderado		Espacio para Codeudor / Deudor Solidario 1 / Titular 2	
Firma:	Huella	Firma:	Huella
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Número de identidad		Número de identidad	
Espacio para Codeudor / Deudor Solidario 2 / Titular 3		Espacio para Codeudor / Deudor Solidario 3/ Titular 4	
Firma:	Huella	Firma:	Huella
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Número de identidad		Número de identidad	
ESPACIO RESERVADO PARA COTRAFA			
<b>OBSERVACIONES ASESORIA</b>	Firma Asesor Cotrafa:	<b>OBSERVACIONES GERENCIA</b>	Firma Gerente General: