

Oficina: _____		Fecha y hora de la entrevista: DD-MM-AAAA / HH:MM Asesor: _____	
PRODUCTOS SOLICITADOS: Afiliación <input type="radio"/> Crédito Vivienda <input type="radio"/> Cuenta Individual de Coopeahorros a nombre del deudor principal <input type="radio"/>			
INFORMACIÓN AFILIACIÓN			
Cuota mensual auxilio funerario: \$ _____ . La cuota mensual de aportes equivale al 1% del ingreso mensual del Consumidor Financiero.			
INFORMACIÓN CRÉDITO HIPOTECARIO			
Destinación	Habitación principal del titular <input type="radio"/> Construcción sitio propio <input type="radio"/>	Modalidad	Compra nueva <input type="radio"/> Cesión hipoteca <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/>
	Habitación secundaria <input type="radio"/> Para la renta <input type="radio"/>	crédito	Compra usada <input type="radio"/> Reestructuración <input type="radio"/>
Entidad cedente: _____			
Tipo de vivienda: VIS <input type="radio"/> NO VIS <input type="radio"/>		Valor del préstamo: \$ _____ Plazo en años: _____	
INFORMACIÓN INMUEBLE A FINANCIAR			
Dirección: _____ Barrio o Vereda _____ Ciudad/Municipio _____ Departamento _____ Teléfono: _____			
Tipo de inmueble	Rural <input type="radio"/> Estrato: _____	Clase de inmueble	Casa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____
	Urbano <input type="radio"/>		Apartamento <input type="radio"/>
Valor comercial inmueble (avalúo): \$ _____		Valor cuota inicial: \$ _____	
Información vendedor	Nombre: _____ Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> Nit <input type="radio"/>		Estado civil
	Teléfono: _____ Número documento: _____		Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>
FORMA DE PAGO DE LA CUOTA INICIAL SI ES ADQUISICIÓN O DE LO INVERTIDO EN OBRA			
Recursos propios: \$ _____ Cesantías: \$ _____ Venta inmueble: \$ _____			
Ahorro programado: \$ _____ Subsidios: \$ _____ Descripción otra forma de pago: _____			
INFORMACIÓN PERSONAL TITULAR PRINCIPAL DE TODOS LOS PRODUCTOS SOLICITADOS			
Nombres: _____		1º Apellido: _____	2º Apellido: _____
Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> N° de identificación: _____		Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
Otro: _____		Nacionalidad: Colombiana <input type="radio"/> Otra(s): _____	
Fecha y lugar expedición documento: DD-MM-AAAA Ciudad/Municipio _____ País _____			
Fecha y lugar de nacimiento: DD-MM-AAAA Ciudad/Municipio _____ País _____			
¿Es ciudadano, residente o responsable Fiscal en Estados Unidos? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> . En caso afirmativo ingrese TIN/SSN: _____			
¿Posee Residencia Fiscal en otros países (diferentes a Colombia y Estados Unidos)? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> . En caso afirmativo indique cuales y su respectivo TIN:			
País 1: _____ TIN 1: _____		País 2: _____ TIN 2: _____	
Dirección residencia: _____		Barrio/Ciudad /Departamento/País	
Otra dirección: _____		Barrio/Ciudad /Departamento/País	
Dirección empresa: _____		Barrio/Ciudad /Departamento/País	
Dirección correspondencia: Residencia <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Envío Reporte Anual de Costos: En oficina <input type="radio"/> Sucursal virtual <input type="radio"/> Dirección correspondencia <input type="radio"/>			
¿Posee Celular? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Número? _____ ¿Posee Correo electrónico? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿cuál? _____			
Información financiera			
Ocupación	Empleado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Desempleado <input type="radio"/>		Tipo contrato: Fijo <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____
	Independiente <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/>		Fecha de vencimiento: DD-MM-AAAA
	Fecha inicio actividad: DD-MM-AAAA		Cargo: _____
Empresa o actividad económica: _____			
Ingreso mes: \$ _____	Activos: \$ _____	Declara renta: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Otros ingresos: \$ _____	Pasivos: \$ _____	Realiza actividades en moneda extranjera: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Egreso mes: \$ _____	Vivienda propia: \$ _____	Tipo transacción: Importación <input type="radio"/> Exportación <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál? _____	
Descripción otros ingresos: _____		Tipo producto Moneda Nro producto Monto Entidad País-Ciudad	
Información demográfica			
Nro. de personas a cargo: _____		Tipo vivienda	Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Estrato: _____ Estado civil
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____	Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>
Información educación	Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnológico <input type="radio"/>		Título obtenido: _____
	Universitario <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____		
Información cónyuge o compañero permanente	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Tipo documento identidad: C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/>		Número documento: _____
	Nombres: _____		1º Apellido: _____ 2º Apellido: _____
Referencias			
Personales	Nombre: _____		Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
	Nombre: _____		Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Familiares	Nombre: _____		Parentesco Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
	Nombre: _____		Parentesco Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
Declaración de origen y destino de bienes y/o fondos: Los abajo firmantes, obrando en nombre propio de manera voluntaria, realizamos la siguiente declaración de origen de bienes y/o fondos a LA COOPERATIVA, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por LA SUPERFINANCIERA y demás leyes y decretos vigentes concordantes con las operaciones de crédito, apertura y manejo de cuentas de ahorro. i) Los bienes de propiedad que se tienen han sido adquiridos por medio de: Donación <input type="radio"/> Herencia <input type="radio"/> Actividad económica <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____ ii) Los recursos que entrega(mos) provienen del desarrollo de la actividad conforme a lo señalado en la sección de Información Financiera del presente formulario y/o de las siguientes fuentes: _____ iii) País de origen de los recursos: Colombia <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____ iv) Declara(mos) que los recursos que entregue(mos) o llegue(mos) a entregar a LA COOPERATIVA no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. v) No admitiré(mos) que terceros efectúen depósitos o pagos a nuestras cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré(mos) transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas. vi) Autorizo(amos) a LA COOPERATIVA a saldar las cuentas y depósitos que mantenga(mos) en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento o la violación del mismo.			
Declaración de asegurabilidad: En el evento de solicitar crédito, EL CONSUMIDOR 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"/>	
SIDA/VIH: 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"/>	
Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa o el Consumidor Financiero tiene más de 65 años, el seguro únicamente ampara el saldo de la deuda en caso de muerte. Si EL CONSUMIDOR omite o declara información falsa, pierde el amparo del seguro.			

Autorización débito automático: Autorizo a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA debitar de mi cuenta de ahorros No. _____ o de la cuenta de ahorros solicitada en este documento, el valor de la cuota correspondiente al crédito solicitado a través de este documento, en caso de ser aprobado por la Cooperativa, 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.

Solicitud marcación beneficio cuenta exenta: Como titular de la cuenta Coopeahorros solicitada a través de 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 COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA 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: _____

ASEGURESE DE LEER TODA LA INFORMACIÓN ANTES DE FIRMAR

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.

Otras declaraciones: **i)** Si se presentan cambios en los datos consignados, los abajo firmantes, se obligan a informarlos oportunamente a LA COOPERATIVA y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. **ii)** Manifiestamos que acataremos las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen la cooperativa. De igual forma, acataremos las decisiones que en desarrollo de sus actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración. **iii)** Autorizamos a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada. **iv)** 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. **v)** Los abajo firmantes declaramos haber recibido de LA COOPERATIVA toda la información previa sobre el crédito hipotecario de vivienda que nos encontramos 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, manifiestamos 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. **vi)** Manifiestamos 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. **vii)** 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. **viii)** EL CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA a suministrar información a su empleador, relacionada con los productos adquiridos bajo la modalidad de descuento por nómina. **ix)** 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. **x)** Cuando por error se consigne dinero en la cuenta del CONSUMIDOR, éste autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo. **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 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)** Autorizamos a LA COOPERATIVA para que realice el cobro del valor correspondiente al estudio del 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)** Autorizamos en forma permanente mediante la firma de este documento a LA COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA para que, en cumplimiento de normas nacionales o extranjeras, acuerdos intergubernamentales o interinstitucionales, tratados internacionales o similares, aplique las consecuencias que se deriven de dicho cumplimiento tales como reporte y suministro de información a agencias nacionales o extranjeras con fines legales y/o fiscales, retención sobre ingresos provenientes del exterior o de fuentes extranjeras o giros de las mencionadas retenciones incluyendo el cumplimiento de la ley FATCA y demás leyes internacionales. **xvi)** Manifiesto que se me dieron a conocer los beneficios y condiciones** del auxilio funerario como parte de mi vinculación y de manera consiente y voluntaria opto por ACCEDER RECHAZAR a tales beneficios teniendo en cuenta sus implicaciones, o bien, YA LO POSEO o NO APLICO POR EAD

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

Autorización general para el envío de información: Autorizamos voluntariamente a COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones que realicemos con dicha entidad, y/o información sobre obligaciones crediticias y/o notificaciones previas a centrales de riesgo, y/o mensajes de gestión de cobro, y/o información de campañas comerciales realizadas por la Cooperativa; a través de cualquier medio de comunicación. La información puede enviarse al teléfono celular y/o al correo electrónico reportado como de nuestro uso o propiedad. El costo de los mensajes enviados será asumido por COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA.

Política de tratamiento de datos: Declaro(amos) de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO(AMOS) a LA COOPERATIVA para que, en los términos del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis(nuestros) datos personales, incluyendo datos sensibles, como huellas digitales, fotografías, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados sensibles de conformidad con la Ley; con el fin de lograr su objeto social y en especial para fines legales, contractuales y comerciales conforme a lo descrito en la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA COOPERATIVA. La política incluye los derechos de los titulares de la información así como los medios y procedimientos para hacerlos efectivos y puede ser consultada en la página Web: www.cotrafa.com.co.

Autorización de consulta y reporte a Centrales de Riesgo y entidades de control: 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 mi(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.

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.

Nombre Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado:		Nombre Deudor Solidario 1 / Rep. Legal / Apoderado:	
Firma Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado:	Huella Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado:	Firma Deudor Solidario 1 / Rep. Legal / Apoderado:	
Documento de identidad Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado:		Documento de identidad Deudor Solidario 1 / Rep. Legal / Apoderado:	

Nombre Deudor Solidario 2 / Rep. Legal / Apoderado:		Nombre Deudor Solidario 3/Codeudor 1 / Rep. Legal / Apoderado:	
Firma Deudor Solidario 2 / Rep. Legal / Apoderado:	Firma Deudor Solidario 3/Codeudor 1 / Rep. Legal / Apoderado:		
Documento de identidad Deudor Solidario 2 / Rep. Legal / Apoderado:		Documento de identidad Deudor Solidario 3/Codeudor 1 / Rep. Legal / Apoderado:	

Observaciones

ESPACIO RESERVADO PARA COTRAFA

He validado los estándares básicos de seguridad bancaria contra los documentos originales exhibidos, así como las características de su portador de acuerdo a lo exigido por COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA. Con fundamento en los resultados obtenidos en la entrevista presencial con el cliente y una vez realizado las validaciones del SARLAFT correspondientes, el concepto de vinculación y/o actualización es satisfactorio: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Considera que el Consumidor Financiero es PEPS: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Firma Asesor	Firma Gerente General
Lugar de la entrevista/revisión:		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA