

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.

Oficina:		Fecha y hora de la entrevista: DD-MM-AAAA / HH:MM		Asesor:	
PRODUCTOS SOLICITADOS: Afiliación ☐ Crédito ☐ Ahorro ☐					
Titular Principal: Tipo Doc: Nº: Nombre completo:					
1. INFORMACIÓN AFILIACIÓN					
Cuota mensual auxilio funerario: \$ La cuota mensual de aportes equivale al 1% del ingreso mensual.					
2. INFORMACIÓN PRODUCTOS DE CRÉDITO					
Línea de Crédito: Consumo ☐ Microcrédito ☐ Vivienda ☐ Otro ☐ ¿cuál?:				Tipo Crédito: Nuevo ☐ Refinanciación ☐ Reestructuración ☐	
2.1. Información Crédito Consumo o Microcrédito					
Destino Crédito:					
Plazo en meses: Valor solicitado (incluye refinanciación o reestructuración): \$					
2.2. Información de Codeudores (si el crédito requiere codeudor, relaciónelos a continuación)					
Codeudor 1: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
Codeudor 2: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
Codeudor 3: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
2.3. Información Crédito de Vivienda (Incluye literales 'A', 'B' y 'C')					
Destinación		Habitación principal del titular ☐ Habitación secundaria ☐ Para la renta ☐			
Modalidad		Compra nueva ☐ Compra usada ☐ Reestructuración ☐ Cesión hipoteca ☐ Entidad cedente hipoteca:			
Tipo de vivienda: VIS ☐ NO VIS ☐		Valor del préstamo: \$		Plazo en años:	
A. Información Inmueble					
Dirección:		Barrio/Ciudad/Departamento			Teléfono:
Tipo de inmueble		Rural ☐ Urbano ☐ Estrato:	Clase de inmueble	Casa ☐ Apartamento ☐ Otro ☐ ¿Cuál?:	Valor comercial inmueble (avalúo): \$
Información vendedor		Tipo documento identidad: C.C ☐ T.I ☐ C.Ext ☐ Nit ☐ Número documento:			Estado civil
		Nombre: Teléfono:			Soltero ☐ Unión libre ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐
B. 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:	
C. Si tendrá otros deudores solidarios (que aportarán dinero al crédito de vivienda) relaciónelos a continuación:					
Deudor 1: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
Deudor 2: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
Deudor 3: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
2.4. Información Crédito rotativo					
Valor cupo solicitado o aprobado: \$ Plazo utilizations: Día corte: Día pago:					
Manifiesto(amos) que conozco(cemos) y acepto(amos), que el valor del cupo de crédito finalmente otorgado puede variar de la suma consignada como valor solicitado, debido a las condiciones de evaluación y análisis que me(nos) han sido informadas en la asesoría. En todo caso, el valor será el aprobado por la Cooperativa y en señal de mi(nuestra) aceptación libre y voluntaria otorgaré(amos) el pagaré con su correspondiente carta de instrucciones.					
3. INFORMACIÓN PRODUCTOS DE AHORRO					
Productos: Coopeahorro ☐ Cotrafito ☐ Vivienda/Propietarios ☐ Ahorro Navideño/Contractual/Microahorro ☐ CDT ☐				Tipo cuenta: Individual ☐ Conjunta ☐ Alternativa ☐	
Forma pago productos con cuota: Nómina ☐ Débito ☐ Caja ☐			Periodo para productos con cuota: Mensual ☐ Otro ☐ ¿Cuál?:		
Coopeahorro o Cotrafito		Ahorro Vivienda/ Propietarios		Ahorro Navideño/Contractual/Microahorro	
Destinación:		Plazo según periodo:		Plazo según periodo:	
Mesada pensional ☐		Cuota: \$		Cuota: \$	
Cuota: \$				Fecha vencimiento: DD-MM-AAAA	
				Liq intereses: Mensual ☐ Al vencimiento ☐	
3.1. Información Otros Titulares (Si el producto es Alternativo o Conjunto, relacione los otros titulares a continuación)					
Titular 2: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
Titular 3: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
Titular 4: Tipo Doc.: Nº: Nombre Completo:					
INFORMACIÓN APODERADO/REPRESENTANTE/CURADOR					
APODERADO ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ CURADOR ☐					
Tipo Doc.: Número de identificación: Nombre Completo:					
DECLARACIÓN ASEGURABILIDAD					
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 ☐ No ☐					
2. ¿Usted presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones de salud?					
Cáncer: Si ☐ No ☐		Afecciones cardiovasculares: Si ☐ No ☐		EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica): Si ☐ No ☐	
VIH/SIDA: Si ☐ No ☐		Insuficiencia renal crónica: Si ☐ No ☐		Afecciones cerebrovasculares: Si ☐ No ☐	
Firma Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado					
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.					

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 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-AAAAResultado: Exitoso☐ No exitoso☐ Causal:

APRECIADO CONSUMIDOR, ASEGÚRESE 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

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 U OTRAS FUENTES DE DATOS INTERNAS Y EXTERNAS, PÚBLICAS O PRIVADAS

En mi(nuestra) calidad de titular(es) de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa a LA COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, verificar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, información sobre los activos, bienes, relaciones contractuales o mi información de ubicación o contacto, información de servicios y de terceros países de la misma a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines o institución sometida a vigilancia y control de LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.

Autorizo(amos) de manera expresa a LA COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, o a quien represente sus derechos, en condición de responsable del tratamiento de mis(nuestros) datos personales, y a Experian Colombia S.A. (en adelante Experian) y/u otras centrales de información financiera, en condición de encargado del tratamiento, o a quien represente sus derechos, a acceder a mis(nuestros) datos personales reportados por los empleadores y/o pensionados y/o por mí(nosotros) en condición de trabajador al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales de Colombia, los cuales se encuentran contenidos en bases de datos de operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social o administradoras de pensiones, a mis(nuestros) datos personales recolectados por medio del presente formulario, y a mi(nuestra) información financiera, crediticia, comercial y/o de servicios contenida en las bases de datos que administra Experian y/u otras centrales de información financiera como operadores de información, según la Ley 1266 de 2008, con el fin de darles tratamiento en los términos expresados en la Política de Tratamiento de Datos de LA COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA y en la presente autorización, para finalidades de gestión de riesgo financiero y crediticio tales como: (i) elaboración, valoración y circulación de scores crediticios; (ii) elaboración, valoración y circulación de herramientas de validación y predicción de ingresos; (iii) acceso y uso de herramientas e índices de variación de mis(nuestros) ingresos calculados con mis datos personales mencionados con antelación, con mis datos asociados a mi ubicación y condiciones macroeconómicas de mi ubicación, como el PIB y actividad productiva de mi(nuestro) municipio y departamento contenido en bases de datos de naturaleza pública proveniente del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y adicionalmente calculados con mis(nuestros) datos que reposan en el SISBEN, los cuales determinan si tengo mayor o menor capacidad de generar ingresos, como lo son los datos de naturaleza pública asociados al grupo y nivel al que pertenezco en el SISBEN; (iv) herramientas para evitar el fraude; (v) en general herramientas que permitan adelantar una adecuada gestión del riesgo financiero y crediticio; y (vi) compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticio, de servicios y proveniente de terceros países de Experian y/u otras centrales de información financiera; (vii) hacer el tratamiento de los correos electrónicos con la finalidad de prevenir el fraude, de tal forma que puedan ser procesados e identificar su antigüedad, dominio, asociación a redes sociales y reportes de actividades no usuales asociadas al correo electrónico; (viii) hacer el tratamiento de los datos de número celular para determinar si el mismo ha tenido portabilidad numérica o si sobre el mismo se ha realizado cambio de sim; (ix) acceder a los datos de portabilidad numérica que administran los operadores de telefonía celular, administrados por ellos directamente o a través de los terceros autorizados, y tratarlos de la forma expuesta en el presente numeral.

Manifiesto(amos) expresa, previa e informada a favor de la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, como responsable del tratamiento de datos, para que directamente o por medio de un tercero encargado del tratamiento, acceda, almacene, procese, use o realice cualquier forma de tratamiento sobre la información personal asociada a las calificaciones históricas de la cartera del(los) titular(es) del dato (deudor(es) de LA COOPERATIVA) que son entregadas por diferentes entidades financieras ante EXPERIAN y/u otras centrales de información financiera, con el propósito de que la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA cumpla las reglas de alineación de cartera que tiene implementada.

Declaro(amos) que he(mos) sido informado(s) que, como titular(es) de la información, tengo(tenemos) derecho a conocer, actualizar o rectificar mis datos personales, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, suprimir o eliminar mis datos personales de las bases de datos de la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA, así como solicitar prueba de la presente autorización; derechos que podré ejercer por medio de los canales de atención establecidos por la COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA. En caso de querer más información sobre el tratamiento de mis datos personales, conozco que podré acceder a la POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE LA COOPERATIVA FINANCIERA COTRAFA en la página web: www.cotrafa.com.co.

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 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA 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 mi(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 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA que, en su calidad de operadores, pongan mi(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 AUTORIZACIONES Y ACLARACIONES

- Si a la fecha de vencimiento o día hábil siguiente, en caso de que ésta coincida con un festivo, no se presentare el titular legítimo, el depósito se entenderá prorrogado por un plazo igual al inicialmente pactado, en las condiciones que LA COOPERATIVA tenga vigentes en el momento de la prórroga y así sucesivamente.
- Si solicitado el producto, el proceso de verificación no es exitoso porque la información suministrada por EL(LOS) CONSUMIDOR(ES) es inexacta o incompleta, se autoriza a LA COOPERATIVA para realizar el bloqueo temporal del producto o a efectuar su cancelación.
- Declaro haber sido informado de que la COOPERATIVA se encuentra inscrita en FOGACOOP, 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.
- El CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA, a suministrar información a su empleador, relacionada con los productos adquiridos bajo la modalidad de descuento por nómina.
- En caso de mora en el pago de cualquiera de los productos financieros adquiridos, el CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA, a efectuar compensaciones contra cualquier suma de dinero que posea a favor el CONSUMIDOR.
- Cuando por error se consigne dinero en la cuenta de EL(LOS) CONSUMIDOR(ES), se autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo.
- Se autoriza a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada.
- Se autoriza 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.
- 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.
- Los abajo firmantes declaramos haber recibido de LA COOPERATIVA toda la información previa sobre el crédito 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, 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, vida deudores para créditos con garantía hipotecaria y/o de incendio y terremoto, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias de la entidad. Igualmente, declaramos que hemos sido informados por la entidad de la posibilidad de contratar dichos seguros con aseguradoras distintas a las seleccionadas por LA COOPERATIVA, siempre y cuando la póliza cumpla, cuando menos, con las condiciones y coberturas fijadas por la entidad para el seguro a contratar. La información de los seguros, condiciones y generalidades podrá ser consultada en la página web de la Cooperativa <https://www.cotrafa.com.co>.
- En caso de fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del titular, que se hubiera presentado endoso de alguna de las pólizas y que se presenten objeción y/o el no pago por parte de la aseguradora, por parte del codeudor se acepta incondicional, solidaria e irrevocablemente y sin que constituya novación de la obligación hacerse cargo de la totalidad del saldo de la obligación, incluidos los gastos de cobranza judicial o extrajudicial, impuestos y demás gastos que pudieran haber sido sufragados por la Cooperativa. En caso de que la obligación no se encuentre avalada por codeudor, la misma será asumida por los correspondientes herederos en caso de fallecimiento.
- 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.
- Manifiesto que se me ha dado a conocer Información adicional sobre los Productos de Ahorro y Crédito.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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: ☐ 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 /Representante Legal/ Apoderado		Espacio para Codeudor 1 / Deudor Solidario 1 / Titular 2	
Firma:	Huella	Firma:	Huella
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Número de identidad:		Número de identidad:	
Espacio para Codeudor 2 / Deudor Solidario 2 / Titular 3		Espacio para Codeudor 3 / Deudor Solidario 3/ Titular 4	
Firma:	Huella	Firma:	Huella
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Número de identidad:		Número de identidad:	
ESPACIO RESERVADO PARA COTRAFA			
OBSERVACIONES ASESORÍA	Firma Asesor Cotrafa	OBSERVACIONES GERENCIA	Firma Gerente General