

 COFACENEIVA <small>COOPERATIVA FUTURISTA DE AHORRO Y CREDITO DE NEIVA</small>		FORMULARIO SOLICITUD DE CREDITO - PERSONA NATURAL				Código: FR-GCR-011	
						Versión: 02	
						Fecha: 28/01/2023	
NIT: 800.175.594-6 - Vigilada SUPERSOLIDARIA - Inscrita a FOGACOOB - www.cofaceneiva.com							
Solicitud No	Fecha Solicitud	Oficina NEIVA	Línea de Crédito	Monto Solicitado	Valor Cuota	Plazo en Meses	
Forma de pago	Amortización	Garantía		Tasa de Interés Nominal Anual	Destino	Deudor/Codeudor	
INFORMACIÓN GENERAL							
Primer Apellido:		Segundo apellido:	Nombres:	Sexo:	Tipo ID:	Identificación:	Lugar Expedición:
Fecha Expedición	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	Estado Civil	Titulo Profesional	Correo Electrónico		Celular
Departamento		Municipio		Barrio	Dirección		Teléfono
Departamento Correspondencia		Municipio Correspondencia		Barrio Correspondencia		Dirección Correspondencia	
Nivel Educativo	Profesión u Oficio	Tipo de Vivienda	Fecha Residencia	Tiempo Residencia	Estrato	Actividad Económica	
# Empleados	Tipo Persona	Cabeza de Familia	Hijos		Personas a cargo	Declara Renta	
Es codeudor en COFACENEIVA			Nombre Titular Crédito		Nombre Arrendador	Canon	Teléfono
INFORMACIÓN LABORAL							
Nombre de la empresa		Dirección		Teléfono		Departamento	
Municipio		Cargo actual		Tipo de contrato		Fecha de ingreso laboral	
PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEP Y OTROS DATOS							
Administra recursos públicos:	Ejerce poder público:	Labora familiares en el sector público:		Familiar vinculado a la cooperativa:	Reconocimiento público:	Recibe giros de otra ciudad y/o país:	
INFORMACIÓN FAMILIAR							
DATOS DEL CÓNYUGE / COMPAÑERO (A) PERMANENTE							
Nombre Completo		Tipo ID	Identificación	Fecha Expedición	Fecha Nacimiento	Teléfono/Celular	
Ocupación		Empresa Labora			Tipo Contrato		
GRUPO FAMILIAR							
Identificación		Nombres Completos				Parentesco	
FAMILIARES VINCULADOS/EMPLEADOS A LA COOPERATIVA							
Identificación		Nombres Completos				Parentesco	
REFERENCIAS: (FAMILIAR-PERSONAL-COMERCIAL-BANCARIA)							
Apellidos y Nombres Referencia Familiar		Parentezco		Departamento		Municipio	
Teléfono		Celular		Empresa donde Labora		Ocupación	

Apellidos y Nombres Referencia personal		Departamento		Municipio		Dirección						
Teléfono		Celular		Empresa donde Labora		Ocupación						
Razón Social Referencia Comercial		Departamento		Municipio		Dirección		Teléfono				
Razón Social Referencia bancaria		Tipo Cuenta		Departamento		Municipio		Sucursal		Teléfono		
INFORMACIÓN FINANCIERA												
INGRESOS MENSUALES												
Sueldo	Pensión		Arriendos	Comisiones	Honorarios		Ingreso Negocio		Otros Ingresos		TOTAL	
EGRESOS MENSUALES												
Arrendamiento	Gastos Familiares		Cuotas Obl Financieras	Servicios Públicos	Educación	Recreación	Manutención	Cuotas Cofaceneiva	Otros Egresos		TOTAL	
PASIVOS												
Sector Financiero		Sector Solidario		Sector Real	Tarjetas Créditos		Obligaciones Indirectas		COFACENEIVA		Otros	TOTAL
Cuota		Cuota		Cuota	Cuota		Cuota		Cuota		Cuota	CUOTAS TOTAL
DESCRIPCIÓN DE LOS ACTIVOS (Bienes Raices, Vehículos y Otros Activos)												
Tipo Bien Raíz			Departamento		Municipio	Dirección			Escritura N°		Matricula inmobiliaria N°	
Notaría	Valor comercial		Hipoteca a Favor de			Valor Cuota		Saldo Actual de la Deuda			Valor Arriendo	
Tipo Bien Raíz			Departamento		Municipio	Dirección			Escritura N°		Matricula inmobiliaria N°	
Notaría	Valor comercial		Hipoteca a Favor de			Valor Cuota		Saldo Actual de la Deuda			Valor Arriendo	
Tipo Vehículo		Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial		Pignorado a Favor de			Valor Cuota		Saldo Deuda
Tipo Vehículo		Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial		Pignorado a Favor de			Valor Cuota		Saldo Deuda
Descripción Otros Activos			Valor	Descripción Otros Activos			Valor		Descripción Otros Activos			Valor
Descripción Otros Activos				Valor Comercial			Descripción Otros Activos				Valor Comercial	
CONSOLIDADO GENERAL												
TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS		PATRIMONIO		TOTAL INGRESOS MENSUALES			TOTAL EGRESOS MENSUALES			
INFORMACIÓN CENTRAL DE RIESGOS												
Central de Riesgos						Score			Fecha Consulta			
OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA												
Realiza operaciones moneda extranjera:				Tipo Inversión:		Cuales:		Posee cuentas en moneda extranjera:				
N. Cuenta:			Banco:			Moneda:			País:		Ciudad:	
<p>Con el diligenciamiento del presente formato, autorizo a COFACENEIVA a realizar las correspondientes consultas y reportes en las diferentes centrales de riesgo y listas restrictivas, dando cumplimiento a lo contemplado en la Ley 1266 de 2008. 1. La información suministrada a COFACENEIVA es auténtica y veraz, por lo tanto, autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que COFACENEIVA considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos. 2. Que los recursos que entregue no provienen de ningún delito. 3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes. 4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en COFACENEIVA, sin que tal hecho genere responsabilidad para COFACENEIVA. 5. COFACENEIVA queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos. 6. Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con COFACENEIVA, provienen de actividades lícitas.</p>												
AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES												
<p>En mi calidad de Titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo a COFACENEIVA a dar Tratamiento a mis datos personales, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el decreto reglamentario 1377 de 2013 para:</p> <p>1. El desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula, lo que supone el ejercicio de sus derechos y deberes dentro de los que están, sin limitarse a ellos, la atención de mis solicitudes, la generación de extractos, la realización de actividades de cobranza, entre otros. 2. La administración de los productos o servicios comercializados a través de COFACENEIVA de los que soy titular. 3. La estructuración de ofertas comerciales y la remisión de información comercial sobre productos y/o servicios a través de los canales o medios que COFACENEIVA establezca para tal fin. 4. La adopción de medidas tendientes a la prevención de actividades ilícitas. Así mismo, COFACENEIVA podrá transferir mis datos personales a otros países, con el fin de posibilitar la realización de las finalidades previstas en la presente autorización. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de COFACENEIVA, a quien ésta contrate para el ejercicio de estos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular. Así mismo, a las Entidades que forman parte del Estado Colombiano y que ejercen vigilancia, control y protección a los Ahorradores (SUPERSOLIDARIA, DIAN, FOGACOOP y quienes lleguen a ser delegadas por el Gobierno Nacional) y a los terceros con quien COFACENEIVA establezca alianzas comerciales, a partir de las cuales se ofrezcan productos o servicios que puedan ser de su interés o de interés de los Titulares de la información. Así mismo, en mi calidad de titular de la información o Representante Legal del mismo, autorizo de manera irrevocable a COFACENEIVA para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe toda la información</p>												

que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza a cualquier Operador de Información debidamente constituido o entidad que maneje o administre bases de datos con fines similares a los de tales Operadores, dentro y fuera del territorio nacional, de conformidad con lo establecido en el ordenamiento jurídico. Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos Operadores de Información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente. 5. AUTORIZACIÓN CANALES DE CONTACTO COOPERATIVA COFACENEIVA: De acuerdo con la ley 2300 de 2023, autorizo a ser visitado(s) o notificado(s) o contactado(s) por canales físicos y/o virtuales a los datos que suministre, actualice o que sean recolectados por las centrales de información y/o bases de datos autorizadas. En ese sentido, manifiesto que, como ASOCIADO, DEUDOR o CODEUDOR autorizo ser contactado por: Llamada telefónica ____, Correo electrónico ____, SMS ____, Correspondencia ____, Mensajería Instantánea ____, Todas las anteriores ____.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: 1. La información suministrada a COFACENEIVA es auténtica y veraz, por lo tanto, la autorizo para verificarla a través de los medios que considere convenientes. Igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que COFACENEIVA considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar, dentro de los ocho (8) días calendarios siguientes a la ocurrencia del hecho, cualquier cambio que se produzca en los mismos. 2. Que los recursos que entregue no son de ningún delito y que mis ingresos provienen de actividades lícitas y que me comprometo a suscribir y pagar los Aportes Sociales establecidos para el ingreso y anualmente a pagar los aportes sociales que establezcan los estatutos. 3. Que no permito que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuare transacciones destinadas a cometerlos o en favor de delincuentes. 4. En caso de infringir lo anterior o por suministrar información falsa, errada o inexacta, autorizo saldar las cuentas y depósitos que mantenga en COFACENEIVA, sin que tal hecho genere responsabilidad para COFACENEIVA. 5. COFACENEIVA queda irrevocablemente autorizada para procesar, administrar, coleccionar, archivar, reportar, consultar o transmitir la información comercial y financiera que reciba u obre en su poder sobre el suscrito y para que recolecte o consulte a terceros información sobre mi comportamiento crediticio y, en general, respecto del cumplimiento de cualquier obligación civil o natural a mi cargo; así mismo para reportar a terceros tales datos. 6. Certifico que he leído, entendido y aceptado el contrato y estoy de acuerdo con sus términos y condiciones; respondo por la veracidad de la información aquí suministrada y declaro que los recursos que he utilizado y utilizare en cada una de las transacciones que realice con COFACENEIVA, provienen de actividades lícitas.

ACEPTACIÓN OPERACIÓN CON EL SISTEMA DE BIOMETRÍA

Acepto con COFACENEIVA a partir de la presente fecha, que si realizo operaciones de acuerdo con los productos o servicios a los que me encuentro vinculado o autorizado, a través del sistema biométrico consistente en que cada operación la realice, ejecute o valide con mi huella dactilar, que ella sustituye o reemplaza para todos los efectos mi firma y que tendrá los mismos efectos que la firma. La(s) huella(s) que estampo al pie de mi firma corresponde(n) a la huella del dedo que se encuentra impreso en el documento de identidad; como dedo secundario, cualquier de los otros dedos. Autorizo, para que mis datos Biométricos sean almacenados, conservados, reproducidos y consultados para efectos del manejo de las relaciones que tenga con la Cooperativa. Hago constar que fui informado que el sistema biométrico es una herramienta de validación e identificación, basada en el reconocimiento de la huella dactilar como característica física personal e intransferible. Igualmente que la (s) huella (s) dactilar(es), mi imagen personal, la imagen de mi documento de identidad y mi firma, podrán ser capturadas y almacenadas en una base de datos de la Cooperativa o donde corresponda para que puedan ser recuperadas cada vez que realice o autorice una transacción o haga uso de un servicio ofrecido. Igualmente, la Cooperativa queda autorizada para solicitar y refrendar mi huella. Para el efecto manifiesto que en el día de hoy COFACENEIVA ha procedido a capturar en su base de datos sistematizada, la (s) huellas dactilares, en la forma indicada. Me comprometo a que cuando realice operaciones, utilizaré la(s) huella (s) dactilar (es) registrada (s) en el sistema biométrico. Pero en todo caso de equivocarme en el orden de uso de la huella, el documento o acto validado, será suficiente y reconozco que tendrá plenos efectos. Me obligo a registrar nuevamente mis huellas a requerimiento de la Cooperativa pena a que mis transacciones puedan ser suspendidas. Igualmente, autorizo para que la Cooperativa pueda tomarme fotografías y/o grabaciones de tiempo en tiempo cuando realice alguna transacción y haga uso de esta para dichos propósitos. En desarrollo de lo aquí previsto reconozco como efectivamente realizada de manera personal cualquier acto, operación o transacción que aparezca refrendada con mi huella capturada y almacenada por la Cooperativa. Igual autorización doy para mi beneficiario (s) o cuando autorice a terceros, estos tendrán mi autorización plena para identificarse, solicitar refrendar, tramitar productos y servicios y realizar transacciones por el medio a que aquí se hace referencia. En caso de cualquier falla o de cualquier cambio en mis condiciones, me obligo a actualizar mis datos biométricos, igual hago en el evento que se implante o use cualquier otro medio adicional de identificación. Lo aquí convenido, modifica cualquier otra condición o requisito pactado con anterioridad para el manejo de cualquier operación realizada con la Cooperativa.

AUTORIZACIÓN DE COMPENSACIÓN

Autorizo a COFACENEIVA para que en caso de no registrarse el pago en la fecha límite, compense el valor de la(s) cuotas a mi cargo de cualquier cuenta o depósito que individual, conjunta o solidariamente posea en COFACENEIVA.

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA CONSULTAR Y REPORTAR A CENTRALES DE RIESGOS

Autorizo(amos) a COFACENEIVA y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi (nosotros) contraídas con COFACENEIVA. Para que con fines estadísticos, control, supervisión y de información comercial a otras entidades, reporte a las centrales de información de la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que lleguemos a contraer, fruto de contratos celebrados con COFACENEIVA. La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también de solicitar información sobre mi (nuestra) relaciones comerciales con cualquier otra entidad.

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN A LAS ASEGURADORAS

Autorizo expresamente para que suministren a las aseguradoras con la cual exista convenio, copia de mi historia clínica y de todos los datos que posean de mi salud, aun después de mi fallecimiento. Renuncio por lo tanto a todas las disposiciones de la Ley la jurisdicción que prohiban a los médicos y cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me han atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo del diagnóstico o tratamiento. La anterior declaración la hago con el fin de descartar cualquier negatividad aduciendo la reserva contemplada en las normas y en la jurisprudencia que al respecto le regule o le llegare a regular. Autorizo a la Aseguradora a consultar bases de datos de seguros de personas de las demas bases de datos que contengan información sobre mis antecedentes comerciales y financieros.

Dejo (dejamos) constancia que me (nos) han suministrado información comprensible y legible del crédito y que he (mos) entendido los términos y condiciones ofrecidos por COFACENEIVA especialmente declaro(amos) recibido la siguiente información. Tasa de interés, base de capital, sobre la cual se aplica la tasa de interés, moratoria, las comisiones y recargos, el plazo, la condiciones de pago, derechos de incumplimiento de deudor o deudores, acceso a la información de calidad de riesgo y toda la demas información relevante y necesaria para mi (nuestra) adecuada comprensión. de acuerdo con lo anterior manifiesto que lo conozco las condiciones del crédito, las cuales acepto a entera satisfacción y está sujeta a la aprobación del crédito solicitado. Declara(mos) que toda información suministrada es verás.

INFORMACION SOBRE PARENTESCO DE PRIVILEGIADOS

Observacion : Si tiene algún parentesco o pertenece actualmente al Consejo de Administración y/o Junta de Vigilancia y/o Gerencia, favor diligencie lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Consejo de Administración	<input type="checkbox"/> Junta de Vigilancia	<input type="checkbox"/> Fliar Consejo de Administración	<input type="checkbox"/> Fliar Junta de Vigilancia	<input type="checkbox"/> Fliar Gerencia
--	--	--	--	---

Identificación _____ Nombre Completo _____



IMPORTANTE para que su crédito pueda ser tramitado de manera oportuna, recuerda adjuntar cada uno de los documentos requeridos, además no estar reportado en centrales de riesgos.

C.C	De	Fecha de Ingreso	Actualización	Usuario	Fecha Impresión
-----	----	------------------	---------------	---------	-----------------

USO EXCLUSIVO DE COFACENEIVA

Decisión del Crédito		Valor		Linea	
Plazo		Tasa		Fecha Aprobación	
Fecha Desembolso		Auxiliar Créditos		Consejo Administración	
Analista Créditos		Gerente		Comité de Créditos	
Acta N°:			del:		