

| | | | |
|--|---|--|---|
| 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: _____ | | |
| 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 de nacimiento: DD-MM-AAAA Ciudad/Municipio _____ País _____ | | Fecha y lugar expedición documento: 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 pensacional, manifiesto que en la cuenta antes mencionada, me consigné únicamente mi mesada pensacional, 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)** Manifestamos 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)** El titular de la cuenta de Coopeahorro está ampliamente enterado de que LA COOPERATIVA a través de una compañía aseguradora tomará una póliza de seguro de vida sobre los depósitos, amparando contra el riesgo de muerte a los titulares de ahorros a la vista, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y demás estipulaciones consignadas en la póliza de seguro. LA COOPERATIVA se reserva el derecho de cancelar o modificar la póliza de seguro en cualquier momento sin previa notificación al ahorrador y sin que haya lugar al pago de indemnizaciones por este suceso. **iv)** Autorizamos a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada. **v)** 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. **vi)** 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, 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. **vii)** 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. **viii)** 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. **ix)** EL CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA a suministrar información a su empleador, relacionada con los productos adquiridos bajo la modalidad de descuento por nómina. **x)** 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. **xi)** Cuando por error se consigne dinero en la cuenta del CONSUMIDOR, éste autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo. **xii)** Autorizo a las instituciones prestadoras de servicios de salud, médicos tratantes y demás entes relacionados, para que en caso de ser requerido, hagan cuotas de mi historia clínica y demás información relacionada con mi estado de salud. **xiii)** Manifiesto que se me ha dado a conocer la información adicional sobre los productos de ahorro y crédito. **xiv)** 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, YA LO POSEO o NO APLICO POR EDAD .

**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 LA COOPERATIVA, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones que realicemos con dicha entidad, y/o información sobre obligaciones crediticias 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 LA COOPERATIVA.

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 titulares de información, actuando libre y voluntariamente, autorizamos de manera expresa e irrevocable a LA COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a 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. Conocemos que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a nuestras obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de nuestras obligaciones nacionales e internacionales 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 las obligaciones a nuestro cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizamos 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. Autorizamos en forma permanente mediante la firma de este documento a LA COOPERATIVA para que, en cumplimiento de normas nacionales o extranjeras, acuerdos intergubernamentales o interinstitucionales, tratados internacionales o similares, aplique las acciones 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. En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmamos 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 NO

Considera que el Consumidor Financiero es PEPS: SI NO
Lugar de la entrevista/revisión: _____ Firma Asesor _____ Firma Gerente General _____