

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 <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					
Línea de crédito		UVR <input type="radio"/>	Destinación		Modalidad crédito
Pesos <input type="radio"/>		Habitación principal del titular <input type="radio"/> Construcción sitio propio <input type="radio"/>		Compra nueva <input type="radio"/> Cesión hipoteca <input type="radio"/>	
		Habitación secundaria <input type="radio"/> Para la renta <input type="radio"/>		Compra usada <input type="radio"/> Reestructuración <input type="radio"/>	
				Construcción <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		Valor comercial inmueble (avalúo): \$ _____
Urbano <input type="radio"/>		Casa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____		Valor cuota inicial: \$ _____	
		Apartamento <input type="radio"/>			
Información vendedor		Nombre: _____		Estado civil	
Teléfono: _____		Tipo documento identidad: C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Nit <input type="radio"/>		Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>	
		Número documento: _____		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"/>		Nº 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 _____	
Dirección residencia: _____		Barrio/Ciudad /Departamento/País _____			Tel: _____
Otra dirección: _____		Barrio/Ciudad /Departamento/País _____			Tel: _____
Dirección empresa: _____		Barrio/Ciudad /Departamento/País _____			Tel: _____
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"/> ¿cuál? _____		¿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		Estado civil	
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>	
		Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____		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"/>		Número documento: _____	
		Tipo documento identidad: C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		Nombres: _____	
				1º Apellido: _____	
				2º Apellido: _____	
Referencias					
Personales		Nombre: _____		Teléfono 1: _____	
		Nombre: _____		Teléfono 2: _____	
Familiars		Nombre: _____		Parentesco _____	
		Nombre: _____		Parentesco _____	
				Teléfono 1: _____	
				Teléfono 2: _____	
INFORMACIÓN PERSONAL DEUDOR SOLIDARIO 1					
Nombres: _____		1º Apellido: _____		2º Apellido: _____	
Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>		Tipo de documento: C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/>		Número documento: _____	
Otro, ¿Cuál? _____		Fecha y lugar expedición documento: _____		DD-MM-AAAA	
		Fecha y lugar de nacimiento: _____		DD-MM-AAAA	
Dirección residencia: _____		Barrio o Vereda _____		Ciudad y Departamento _____	
Otra dirección: _____		Barrio o Vereda _____		Ciudad y Departamento _____	
Dirección empresa: _____		Barrio o Vereda _____		Ciudad y Departamento _____	
Dirección correspondencia: Residencia <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		¿Posee Celular? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿cuál? : _____			
¿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: <u>DD-MM-AAAA</u>
	Fecha inicio actividad: <u>DD-MM-AAAA</u>	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	Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____			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: _____	1° Apellido: _____	2° Apellido: _____

Referencias

Personales	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____

Familiares	Nombre: _____	<u>Parentesco</u>	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	<u>Parentesco</u>	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEUDOR SOLIDARIO 2

Nombres: _____		1° Apellido: _____	2° Apellido: _____
Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Tipo de documento: C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/>	Número documento: _____	Fecha y lugar expedición documento: <u>DD-MM-AAAA</u> <u>Ciudad/Municipio</u>
	Otro, ¿Cuál?: _____		Fecha y lugar de nacimiento: <u>DD-MM-AAAA</u> <u>Ciudad/Municipio</u>
Dirección residencia: _____	<u>Barrio o Vereda</u>	<u>Ciudad y Departamento</u>	Tel: _____
Otra dirección: _____	<u>Barrio o Vereda</u>	<u>Ciudad y Departamento</u>	Tel: _____
Dirección empresa: _____	<u>Barrio o Vereda</u>	<u>Ciudad y Departamento</u>	Tel: _____
Dirección correspondencia: Residencia <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> ¿Posee Celular? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿cuál? : _____			
¿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: <u>DD-MM-AAAA</u>
	Fecha inicio actividad: <u>DD-MM-AAAA</u>	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	Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____			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: _____	1° Apellido: _____	2° Apellido: _____

Referencias

Personales	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____

Familiares	Nombre: _____	<u>Parentesco</u>	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	<u>Parentesco</u>	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DE: DEUDOR SOLIDARIO 3 CODEUDOR

Nombres: _____		1° Apellido: _____	2° Apellido: _____
Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Tipo de documento: C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/>	Número documento: _____	Fecha y lugar expedición documento: <u>DD-MM-AAAA</u> <u>Ciudad/Municipio</u>
	Otro, ¿Cuál?: _____		Fecha y lugar de nacimiento: <u>DD-MM-AAAA</u> <u>Ciudad/Municipio</u>
Dirección residencia: _____	<u>Barrio o Vereda</u>	<u>Ciudad y Departamento</u>	Tel: _____
Otra dirección: _____	<u>Barrio o Vereda</u>	<u>Ciudad y Departamento</u>	Tel: _____
Dirección empresa: _____	<u>Barrio o Vereda</u>	<u>Ciudad y Departamento</u>	Tel: _____
Dirección correspondencia: Residencia <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> ¿Posee Celular? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿cuál? : _____			
¿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: <u>DD-MM-AAAA</u>
	Fecha inicio actividad: <u>DD-MM-AAAA</u>	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	Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____			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: _____	1° Apellido: _____	2° Apellido: _____		

Referencias

Personales	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
Familiares	Nombre: _____	<u>Parentesco</u> Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
	Nombre: _____	<u>Parentesco</u> Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____

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.

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.

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 Herencia Actividad económica Otro ¿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 Otro ¿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 aseguridad

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 No

2. ¿Usted presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones de salud?

Cáncer: Si No Afeciones cardiovasculares: Si No EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica): Si No

SIDA: Si No Insuficiencia renal crónica: Si No Afeciones cerebrovasculares: Si No

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.

Otras aclaraciones

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 aseguridad 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 entrega 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 o NO APLICAR POR EDAD a tales beneficios teniendo en cuenta sus implicaciones.

**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.

xv) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xvi) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xvii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xviii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xix) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xx) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxi) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxiii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxiv) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxv) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxvi) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxvii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxviii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxix) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxx) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxxi) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxxii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

xxxiii) Autorizo a LA COOPERATIVA a suministrar información a la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con los productos adquiridos a través de esta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia.

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.

Declaración FATCA

Con la firma de este formulario certifico que SI NO soy ciudadano, residente o responsable fiscal en los Estados Unidos (U.S. Person*) y que la información consignada es cierta y conozco las incidencias que tienen la Ley FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) de los Estados Unidos y sus reglamentaciones.

En caso positivo, mi Número de Seguridad Social en Estados Unidos (SSN / TIN) es: _____

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: _____

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 o Rep. Legal:		Nombre Deudor Solidario 1 o Rep. Legal:	
Firma Titular Principal o Rep. Legal:	Huella:	Firma Deudor Solidario 1 o Rep. Legal:	Huella:
Documento de identidad:		Documento de identidad:	
Nombre Deudor Solidario 2 o Rep. Legal:		Nombre Deudor Solidario 3/Codeudor 1 o Rep. Legal:	
Firma Deudor Solidario 2 o Rep. Legal:	Huella:	Firma Deudor Solidario 3/Codeudor 1 o Rep. Legal:	Huella:
Documento de identidad:		Documento de identidad:	
Codeudor 2 o Rep. Legal:			
Codeudor 2 o Rep. Legal:	Huella:		
Documento de identidad:			

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