

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.

Oficina: _____		Fecha y hora entrevista: DD-MM-AAAA / HH:MM		Asesor: _____													
<b>PRODUCTOS SOLICITADOS: Afiliación <input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Cuenta individual de coopeahorros a nombre titular principal <input type="radio"/></b>																	
Información afiliación	Cuota mensual auxilio funerario: \$ _____		Información crédito	Tipo crédito: Nuevo <input type="radio"/> Refinanciación <input type="radio"/> Reestructuración <input type="radio"/>													
	La cuota mensual de aportes equivale al 1% del ingreso mensual del Consumidor Financiero.			Modalidad de crédito: Consumo <input type="radio"/> Microcrédito <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/>													
				Destino crédito: _____ Plazo en meses: _____													
				Valor solicitado (incluye refinanciación o reestructuración): \$ _____													
<b>INFORMACIÓN PERSONAL TITULAR PRINCIPAL DE TODOS LOS PRODUCTOS SOLICITADOS</b>																	
Nombres: _____			1° Apellido: _____		2° Apellido: _____												
Tipo documento identidad: C.C. <input type="radio"/> T.I. <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/Departamento		País													
Fecha y lugar de nacimiento: DD-MM-AAAA		Ciudad/Departamento		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		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"/> ¿número? _____ ¿Posee Correo electrónico? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿cuál? _____																	
<b>Información financiera</b>																	
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 principal: _____																	
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: _____																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Tipo producto</th> <th>Moneda</th> <th>Nro producto</th> <th>Monto</th> <th>Entidad</th> <th>País-Ciudad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Tipo producto	Moneda	Nro producto	Monto	Entidad	País-Ciudad						
Tipo producto	Moneda	Nro producto	Monto	Entidad	País-Ciudad												
¿Maneja recursos de terceros? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> T.I.: N° _____ Nombre Completo: _____																	
<b>Información demográfica</b>																	
Nro. de personas a cargo: _____		Tipo Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Estrato: _____													
Nro. personas trabajan en su hogar: _____		vivienda Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?: _____		Estado civil 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: _____												
	Nombre: _____		1° Apellido: _____		2° Apellido: _____												
<b>Referencias</b>																	
Personales	Nombre: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____												
	Nombre: _____		Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____												
Familiares	Nombre: _____		Parentesco _____		Teléfono 1: _____												
	Nombre: _____		Parentesco _____		Teléfono 2: _____												
<b>Declaración de origen y destino de bienes y/o fondos:</b> 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. <b>i)</b> 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, ¿cuál? _____																	
<b>ii)</b> 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: _____																	
<b>iii)</b> País de origen de los recursos: Colombia <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿cuál? _____ <b>iv)</b> 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. <b>v)</b> 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. <b>vi)</b> 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.																	
<b>Declaración de asegurabilidad:</b> Si solicita un crédito, EL CONSUMIDOR debe adquirir un seguro para amparar el saldo adeudado en caso de muerte, invalidez, incapacidad total y permanente.																	
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 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.																	
<b>Solicitud marcación beneficio cuenta exenta:</b> Como titular de la cuenta Coopeahorros solicitada en este documento, requiero la marcación de ésta con el fin de lograr el beneficio de exención prevista en el numeral 1 del Artículo 879 del Estatuto Tributario: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> . 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 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 este valor, el cual no excede de 41 Unidades de Valor Tributario UVT.																	
Consultado por: _____		Fecha: DD-MM-AAAA		Resultado: Exitoso <input type="radio"/> No exitoso <input type="radio"/> Causal: _____													
<b>Autorización débito automático:</b> Autorizo a LA COOPERATIVA 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.																	

**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 ésta solicitud, en aquellos eventos en que se adelanten trámites ante dicha instancia. **vi)** 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, éstos serán los aprobados por LA COOPERATIVA y en señal de nuestra aceptación libre y voluntaria otorgaremos el pagaré 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)** 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  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.

**VISTO BUENO EMPRESA  
(CUANDO SE REQUIERA)**

Nombre Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado		Nombre Codeudor 1 crédito / Rep. Legal / Apoderado	
Firma Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado	Huella del Titular Principal / Rep. Legal / Apoderado	Firma Codeudor 1 crédito / Rep. Legal / Apoderado	
Documento de identidad		Documento de identidad	
Nombre Codeudor 2 crédito / Rep. Legal / Apoderado		Nombre Codeudor 3 crédito / Rep. Legal / Apoderado	
Firma Codeudor 2 crédito / Rep. Legal / Apoderado		Firma Codeudor 3 crédito / Rep. Legal / Apoderado	
Documento de identidad		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 la COOPERATIVA. 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 es PEPS: SI  NO

Lugar de la entrevista/Revisión:

Firma Asesor

Firma Gerente General