

Oficina:	Fecha y hora de la entrevista: DD-MM-AAAA / HH:MM	Asesor:
PRODUCTOS SOLICITADOS: Afiliación <input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/>		
Titular Principal: Tipo Doc.: _____ N°: _____ 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.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

Codeudor 2: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

Codeudor 3: Tipo Doc.: _____ N°: _____ 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 <input type="radio"/>	Estrato: _____	Clase de inmueble	Casa <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cuál?: _____	Valor comercial inmueble (avalúo): \$ _____
	Urbano <input type="radio"/>		Apartamento <input type="radio"/>		Valor cuota inicial: \$ _____

Información vendedor	Tipo documento identidad: C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.Ext. <input type="radio"/> Nit <input type="radio"/>	Número documento: _____	Estado civil	Soltero <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/>
	Nombre: _____	Teléfono: _____		Divorciado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>

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.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

Deudor 2: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

Deudor 3: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

3. INFORMACIÓN PRODUCTOS DE AHORRO

Productos: Coopeahorro Cotrafito Vivienda 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	Ahorro Navideño/Contractual/Microahorro	Ahorro a Término - CDT
Destinación: Consignaciones varias <input type="radio"/>	Plazo según periodo: _____	Plazo según periodo: _____	Plazo según periodo: _____
Mesada pensional <input type="radio"/>	Cuota: \$ _____	Cuota: \$ _____	Valor título: \$ _____
Cuota: \$ _____		Fecha vencimiento: DD-MM-AAAA	Liq. intereses: Mensual <input type="radio"/> Al vencimiento <input type="radio"/>

3.1. Información Otros Titulares (Si el producto es Alternativo o Conjunto, relacione los otros titulares a continuación)

Titular 2: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

Titular 3: Tipo Doc.: _____ N°: _____ Nombre Completo: _____

Titular 4: Tipo Doc.: _____ N°: _____ 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

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 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: _____

APRECIADO CLIENTE
Asegúrese de leer antes de firmar

DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y OTROS

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 y tratamiento de datos personales

En nuestra calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo(amos) de manera expresa a LA COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mí(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. De la misma manera autorizo(amos) a LA COOPERATIVA a acceder a mis(nuestros) datos personales contenidos en la base de datos de administradoras de pensiones y/o demás Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para darle tratamiento de conformidad con lo establecido en la Política de Tratamiento de la Información Personal de LA COOPERATIVA, y para finalidades de gestión de riesgo crediticio, tales como: (i) elaboración de scores crediticios, herramientas de validación de ingresos, herramientas predictivas de ingresos, herramientas para evitar el fraude y en general, adelantar una adecuada gestión del riesgo crediticio. (ii) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticia, de servicios y proveniente de terceros países de DataCrédito Experian y/o otras centrales de información financiera. 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 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 la(s) obligación(es) a 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 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. En constancia de haber leído, entendido y aceptado esta información, firmo (amos) el presente documento en el espacio definido para las firmas.

Otras aclaraciones

i) Si dentro de los tres (3) días siguientes al vencimiento del CDT, EL(LOS) CONSUMIDOR(ES) no se presenta(n) a cancelar el producto, se autoriza a LA COOPERATIVA a prorrogarlo por un término igual al inicialmente pactado. **ii)** 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. **iii)** 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. **iv)** EL CONSUMIDOR autoriza a LA COOPERATIVA a suministrar información a su empleador, relacionada con los productos adquiridos bajo la modalidad de descuento por nómina. **v)** 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. **vi)** Cuando por error se consigne dinero en la cuenta del CONSUMIDOR, éste autoriza a LA COOPERATIVA para efectuar el débito por el valor respectivo. **vii)** Se autoriza a LA COOPERATIVA a destruir los documentos anexos a la presente solicitud, independientemente si ésta es o no aprobada **viii)** 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 **ix)** 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. **x)** Los abajo firmantes declaramos haber recibido de LA COOPERATIVA toda la información previa sobre el crédito hipotecario de vivienda (en caso de estarlo 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. **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 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. **xiv)** 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. **xv)** 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. **xvi)** Manifiesto que se me dieron a conocer los beneficios y condiciones** del auxilio funerario como parte de mi vinculación y de manera consiente y voluntaria opto por ACCEDER RECHAZAR a tales beneficios teniendo en cuenta sus implicaciones, o bien, YA LO POSEO o NO APLICABLE 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 /Rep. Legal/ Apoderado		Espacio para Codeudor / Deudor Solidario 1 / Titular 2	
Firma:	Huella	Firma:	Huella
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Número de identidad		Número de identidad	

Espacio para Codeudor / Deudor Solidario 2 / Titular 3		Espacio para Codeudor / Deudor Solidario 3/ Titular 4	
Firma:	Huella	Firma:	Huella
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Número de identidad		Número de identidad	

ESPACIO RESERVADO PARA COTRAFA

OBSERVACIONES ASESORIA	Firma Asesor Cotrafa:	OBSERVACIONES GERENCIA	Firma Gerente General: