

SOLICITUD DE CRÉDITO

Esta solicitud no implica compromiso y está sujeto a aprobación. Diligenciar este formato en tinta negra sin tachones ni enmendaduras

DEUDOR <input type="checkbox"/> CODEUDOR <input type="checkbox"/>		SI ES CODEUDOR, ESCRIBA EL NOMBRE DEL DEUDOR		VALOR SOLICITADO:	PLAZO EN MESES:	FECHA DE SOLICITUD (ENTREGA COMPLETA DE DOCUMENTOS)		
				CIUDAD ó MUNICIPIO:		AÑO	MES	DIA
EXCLUSIVO DE COONFIE		FORMA DE PAGO		LÍNEA DE CRÉDITO				
Directivo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		Nómina <input type="checkbox"/> Ventanilla <input type="checkbox"/>		CONSUMO		MICROCRÉDITO		CARTERA
GARANTÍAS OFRECIDAS: PERSONAL <input type="checkbox"/> INSTITUCIONAL <input type="checkbox"/> HIPOTECARIO <input type="checkbox"/> OTRAS _____		LIBRE INVERSIÓN <input type="checkbox"/>		OFICIAL <input type="checkbox"/>		MICROCRÉDITO <input type="checkbox"/>		REESTRUCTURACIÓN <input type="checkbox"/>
ES FAMILIAR DE DIRECTIVO O FUNCIONARIO DE COONFIE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		COMPRA DE CARTERA <input type="checkbox"/>		ROTATIVO <input type="checkbox"/>		COONFIAGRO <input type="checkbox"/>		DESTINACIÓN ESPECÍFICA <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL DIRECTIVO O FUNCIONARIO:		EMERGENTE <input type="checkbox"/>		COONFISOCIAL <input type="checkbox"/>		COMERCIAL <input type="checkbox"/>		REDIFERIDO <input type="checkbox"/>
		SUMINISTRO <input type="checkbox"/>		COONFIVANCE <input type="checkbox"/>		COONFIVIVIENDA <input type="checkbox"/>		
		COONFIRENTA <input type="checkbox"/>				DESTINO:		
INFORMACIÓN PERSONAL								
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS							IDENTIFICACIÓN	
							C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN				ESTADO CIVIL:				
				SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/>				
NIVEL DE ESTUDIOS		PRIMARIA <input type="checkbox"/>		TÉCNICO <input type="checkbox"/>		EST. UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>		POSTGRADO <input type="checkbox"/>
		SECUNDARIA <input type="checkbox"/>		TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>		PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		SIN ESTUDIO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DE DOMICILIO				BARRIO		CIUDAD O MUNICIPIO		
No. PERSONAS A CARGO		TELÉFONO FIJO		No. DE CELULAR		E-MAIL:		
TIPO DE VIVIENDA		ESTRATO		NOMBRE DEL ARRENDADOR:			TELÉFONO / CELULAR	
PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>								
INFORMACIÓN LABORAL								
SEGMENTO ASALARIADO <input type="checkbox"/>		OCUPACIÓN/CARGO		TIPO DE CONTRATO:				
INDEPENDIENTE INFORMAL <input type="checkbox"/>				TERMINO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> POR OBRA LABOR <input type="checkbox"/> SIN CONTRATO <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIO <input type="checkbox"/>				
PENSIONADO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO		INGRESO O INICIO ACTIVIDAD		TIEMPO DE SERVICIO/ACTIVIDAD		
INDEPENDIENTE FORMAL <input type="checkbox"/>				AÑO: _____		MES: _____		DÍA: _____
DIRECCIÓN EMPRESA O NEGOCIO			BARRIO		CIUDAD / MUNICIPIO		TELÉFONO / CELULAR	
INFORMACION DEL CÓNYUGE								
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO / CELULAR		TÍTULO PROFESIONAL	NOMBRE DE EMPRESA O NEGOCIO
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA O NEGOCIO			CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		TELÉFONO/CELULAR	TIPO DE CONTRATO
							TERMINO FIJO <input type="checkbox"/>	POR OBRA LABOR <input type="checkbox"/>
							PRESTACIÓN SERVICIOS <input type="checkbox"/>	SIN CONTRATO <input type="checkbox"/>
							SALARIO	
INFORMACION FINANCIERA								
INGRESOS MENSUALES / ACTIVIDAD PRINCIPAL					EGRESOS MENSUALES			
SUELDO <input type="checkbox"/>		PENSIÓN <input type="checkbox"/>		HONORARIO <input type="checkbox"/>		GASTOS DE SOSTENIMIENTO (Incluir, alimentación, educación, transporte y servicios públicos)		\$
ARRIENDO <input type="checkbox"/>		COMISIONES <input type="checkbox"/>		BONIFICACIONES <input type="checkbox"/>		ARRENDAMIENTO		\$
DIVIDENDOS <input type="checkbox"/>		INTERÉS INVERSIÓN <input type="checkbox"/>		UTILIDAD DEL NEGOCIO <input type="checkbox"/>		CUOTA CRÉDITO HIPOTECARIO		\$
INGRESO ACTIVIDAD PRINCIPAL		\$		OTROS CRÉDITOS		\$		
OTROS INGRESOS		\$		OTROS EGRESOS		\$		
TOTAL INGRESOS		\$		TOTAL EGRESOS		\$		
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS								
TOTAL ACTIVOS		\$		TOTAL PASIVOS		\$		TOTAL PATRIMONIO \$
INFORMACIÓN DE ACTIVOS								
INMUEBLE	MATRÍCULA		DIRECCIÓN		CIUDAD		VALOR COMERCIAL	HIPOTECADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
INMUEBLE	MATRÍCULA		DIRECCIÓN		CIUDAD		VALOR COMERCIAL	HIPOTECADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
VEHÍCULO	MARCA		MODELO		PLACA		VALOR COMERCIAL	PIGNORADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
REFERENCIAS								
FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED / NOMBRES Y APELLIDOS				TELÉFONO			PARENTESCO	
FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED / NOMBRES Y APELLIDOS				TELÉFONO			PARENTESCO	
REFERENCIA PERSONAL O COMERCIAL / NOMBRES Y APELLIDOS - RAZÓN SOCIAL					TELÉFONO			
AUTORIZACION PARA RECOGER OBLIGACIONES PERSONALES O DE TERCEROS								
ENTIDAD - NOMBRES Y APELLIDOS (PERSONA NATURAL)			OBLIGACIÓN No.		MONTO O SALDO		AUTORIZACIÓN DEL ASOCIADO DEUDOR	
							FIRMA	
							C.C. _____ DE: _____	

ACTA DE APROBACIÓN DE CRÉDITO

FECHA DE APROBACION	No. ACTA	MONTO APROBADO	PLAZO	LINEA DE CREDITO	CUOTA	T.M.	T.A.	FORMA DE PAGO	No. DE ACUERDO
DIA MES AÑO								NOM. <input type="checkbox"/> VEN. <input type="checkbox"/>	

DETALLE DE LA APROBACIÓN:

_____ ASESOR	_____ DIRECTOR	_____ SUBDIRECTOR
-----------------	-------------------	----------------------

TRATAMIENTO DE DATOS Y REPORTE DE INFORMACIÓN A OPERADORES DE INFORMACIÓN FINANCIERA: Con la firma de este documento, manifiesto que, como titular de la información, autorizo de manera expresa y voluntaria a la Cooperativa COONFIE identificada con el Nit No. 891.100.656-3 o a quien represente sus derechos, para almacenar, compilar, procesar, actualizar, verificar, confrontar, circular, transferir, transmitir y en general para utilizar los datos personales que le he suministrado o le llegue a suministrar o que la Cooperativa obtenga lícitamente de operadores de información. De acuerdo con lo anterior, COONFIE se encuentra autorizada para tratar mis datos para las siguientes finalidades: i) Para brindar información sobre el proceso de vinculación como asociado de la cooperativa y los beneficios empresariales y cooperativos que puedo obtener, así como para verificar la información que le suministro dentro del de asociado. Si el valor de los aportes supera el monto del crédito adeudado, solicito se genere una cuenta por pagar a mi favor del valor restante proceso de vinculación como asociado, ii) Para llevar a cabo campañas de carácter comercial, publicitario, capacitación sobre los servicios cooperativos y/o los productos que ofrece o comercializa COONFIE directamente o con sus aliados, así como de los eventuales cambios que implemente respecto a los mismos, iii) Para proveerme la información que me permita ejercer mis derechos sociales como asociado de COONFIE, iv) Para brindarme información permanente de los servicios y/o los productos que brinda la cooperativa a sus potencial asociado o asociado en cumplimiento de las obligaciones contractuales contraídas; v) Para validar la identidad y la información que suministro en cumplimiento de las políticas internas de COONFIE acerca del conocimiento del cliente, así como para evitar eventuales situaciones de fraude; vi) Para realizar estudios sobre intereses y hábitos de consumo, para el desarrollo y mejora de los productos y/o servicios de COONFIE o sus aliados, para ejecutar una estrategia de promoción y comercialización de productos y/o servicios focalizada de acuerdo a dichos intereses y hábitos; vii) Para compartir información con los aliados, con los cuales COONFIE tenga convenios empresariales, con el propósito de procurar que el titular como asociado de la cooperativa reciba la información de los bienes y/o servicios que brindan tales aliados y pueda obtener los beneficios ofrecidos por éstos. viii) Para atender y responder las solicitudes, quejas y reclamos. COONFIE tratará los datos personales recolectados respetando los principios generales contenidos en las normas y en general de acuerdo con las disposiciones legales que regulen el tema. COONFIE informa al titular que sus datos son recolectados para los fines antes descritos y que tiene los derechos previstos en la Constitución y la Ley 1581 de 2012 o cualquier norma que la modifique o complemente, especialmente los de conocer, actualizar o rectificar su información. COONFIE expresa al titular que es facultativo suministrar datos personales sensibles o sobre menores de edad. Igualmente, como titular autorizo a COONFIE y a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de cualquier obligación dineraria que contraiga con la Cooperativa para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio por parte de los usuarios de la información (definidos en la Ley 1266 de 2008) y de información comercial, reporte a los operadores de información financiera y crediticia que operan en Colombia el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones contraídas con COONFIE. La presente autorización incluye también la posibilidad de ser consultado, en las listas y bases de datos nacionales e internacionales, ante los operadores o centrales de información, así como de obtener las referencias comerciales necesarias que permitan a COONFIE tener un conocimiento adecuado sobre mi comportamiento en el desarrollo de las relaciones financieras, comerciales y/o de servicios que haya adquirido. Adicionalmente, autorizo a COONFIE para solicitar, consultar y obtener mi información financiera, datos de seguridad social y parafiscales y/o datos personales que se encuentren en centrales u operadores de información o cualquier entidad autorizada para tratar mis datos, con el fin de que COONFIE evalúe mi solicitud de productos y/o servicios financieros, actualice mis datos o realice mi perfilamiento, teniendo en cuenta mi comportamiento financiero, comercial, pagos al sistema de seguridad social y parafiscales y/o deservicios que haya adquirido. De acuerdo con todo lo anterior, también autorizo a COONFIE para contactarme mediante el envío de correo físico, electrónico, la realización de llamadas al celular o dispositivo móvil, envío de mensajes de texto (SMS y/o MMS) o a través de cualquier otra herramienta tecnológica, red social u otro medio análogo y/o digital de comunicación creado o por crearse, con el fin de remitirme la información que considere debe darme a conocer de acuerdo con los fines previstos en esta autorización. El titular manifiesta que conoce la política de tratamiento de datos personales de COONFIE, la cual se encuentra publicada en la página web institucional www.coonfie.com.

AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN A LAS ASEGURADORAS: Autorizo expresamente para que suministren a la Aseguradora con la cual exista convenio, copia de mi historia clínica y de todos los datos que posean sobre mi salud, aún después de mi fallecimiento. Renuncio por tanto a todas las disposiciones de la deontología y de la ley y la jurisprudencia que prohíban a los médicos cirujanos, hospitales, clínicas o centros asistenciales que me hayan atendido, revelar cualquier información adquirida con motivo del diagnóstico o tratamiento. La anterior declaración la hago para efectos de descartar cualquier negativa, aduciendo la reserva contemplada en las normas y jurisprudencia que al respecto le regula o le llegare a regular. Autorizo a la Aseguradora a reportarme y consultarme en la base de datos de seguros de personas de las demás bases de datos que contengan información sobre mis antecedentes comerciales y financieros. Acepto todas las disposiciones aquí expuestas y declaro mi conformidad con todo lo expresado.

PARA CRÉDITOS CON SEGURO DE VIDA DEUDORES: En este momento de ingreso a la póliza declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebro vascular, cardiovascular, diabetes, sida, cáncer, y en general ninguna enfermedad terminal preexistente al inicio de este seguro. **Acepto que el cubrimiento de la póliza de vida deudores, por incapacidad total y permanente o invalidez, es hasta la edad de 65 años.**

Cuando la aseguradora realice objeciones que determinen el no pago de una obligación de crédito en virtud de una reclamación presentada por fallecimiento del asociado (deudor), dicha obligación insoluble se cruzara con los aportes sociales debido a que estos son garantía de las obligaciones que el asociado contrae con la cooperativa, por lo tanto quedaran afectados directamente a favor de la cooperativa. una vez realizado el cruce si queda saldo pendiente sera enviado a la dirección de cartera para proceder a iniciar las acciones de cobro en contra de codeudor (es) en caso de que lo hubiere o a los herederos para que hagan parte del pasivo de la sucesión.

DECLARACIÓN DE RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN Y CONDICIONES DEL CRÉDITO: Declaro de manera expresa que he recibido la información suministrada por COONFIE, correspondiente a la presente SOLICITUD DE CRÉDITO cuyos términos y condiciones son comprensibles y especialmente declaro que he recibido la siguiente información: Monto del crédito, tasa de interés remuneratoria y moratoria nominal anual y sus equivalentes expresados en términos efectivos anuales, base de capital sobre la cual se aplica la tasa de interés, plazo de amortización, modalidad de la cuota, forma de pago, periodicidad en el pago de capital y de intereses, tabla de amortización de capital y pago de intereses, tipo y cobertura de la garantía solicitada, condiciones de prepago, descuentos aplicables, comisiones y recargos, acciones en caso de incumplimiento del deudor, acceso a la información sobre la calificación de riesgo de sus obligaciones, en caso de créditos reestructurados, se deberá mencionar el número de veces y condiciones propias de la reestructuración, toda la demás información relevante y necesaria para mi adecuada comprensión y entendimiento del alcance de los derechos y obligaciones. De acuerdo con lo anterior manifiesto que conozco las condiciones del crédito, las cuales acepto a entera satisfacción y si el crédito es viable, autorizo su desembolso de acuerdo a las condiciones de aprobación. Declaro que toda la información suministrada es veraz y sujeta a comprobación.

AUTORIZACIÓN DE COMPENSACIÓN - CRUCE DE CUENTA - RETIRO DEFINITIVO: Autorizo a COONFIE, para que en caso de no registrarse el pago en la fecha límite, compense el valor de la(s) cuota(s) a mi cargo de cualquier cuenta o depósito que individual, conjunta o solidariamente posea en COONFIE. En caso de no registra su pago por ventanilla en la fecha límite, autorizo a que se reporte y aplique el descuento a la pagaduría a la cual pertenezco. En caso que el crédito presente incumplimiento de pago y/o mora superior a 89 días, autorizo de manera voluntaria, expresa e irrevocable a COONFIE para que sea descontado y pagado parcial o totalmente el crédito con el valor existente en aportes sociales y ahorros, conllevando a mi retiro definitivo de la Cooperativa en calidad de asociado. Si el valor de los aportes supera el monto del crédito adeudado, solicito se genere una cuenta por pagar a mi favor del valor restante.

REGLAMENTO/CONDICIONES Y RESTRICCIONES DEL CRÉDITO ROTATIVO

1. El asociado autoriza a COONFIE, para debitar de sus cuentas de ahorros, el valor equivalente al pago de la cuota mínima, facturada mensualmente y los costos relacionados con el uso en cajeros automáticos y puntos de servicios. 2. El asociado debe conservar durante la utilización del cupo los saldos mínimos exigidos en los productos de ahorro y aportes sociales, y tener todas las obligaciones al día. 3. El asociado debe comunicarse con los asesores comerciales de su agencia en caso de no recibir la factura durante los cinco (5) días hábiles de cada mes. El no recibir la factura no lo exime de la obligación. 4. El asociado podrá hacer abonos adicionales antes del vencimiento de la factura. 5. Si bloquea temporalmente el cupo en las siguientes condiciones: A) Después de 3 días de morosidad del pago mínimo; cuando retire el 100% del cupo o mas. B) Si posee moras iguales o superiores a 30 días en otras obligaciones; C) Después de un año sin la ejecución de avances o pago de obligaciones del producto. COONFIE, podrá cancelar definitivamente el cupo si se presentan las siguientes condiciones: A) Cuando incurra en 60 días de mora (al vencimiento de la segunda factura) B) Cuando supere un periodo de seis meses, un promedio de 30 días de mora. C) Por reincidir en sobrecupos o la mala utilización de los mismos. 6. El cupo rotativo se podrá utilizar en cualquier agencia de COONFIE, en cajeros automáticos del convenio, retirando los montos permitidos por los mismos, en establecimientos comerciales. 7. El asociado debe cumplir con todas las condiciones reflejadas en el reglamento de tarjeta débito. 8. COONFIE, puede limitar, adicionar los términos y condiciones de este reglamento. 9. COONFIE podrá modificar los privilegios y condiciones del cupo ya sea para aumentar o disminuir el valor inicialmente pactado, según la capacidad de pago. 10. Si anunciada modificación, el usuario no se presenta a cancelar el cupo, se entenderá que acepta incondicionalmente las modificaciones introducidas.

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

En cumplimiento de lo dispuesto por la ley 2300 de 2023, por medio del presente documento AUTORIZO a Coonfie para que con fines comerciales y de cobranza me contacte a través de los siguientes canales:

TELÉFONICAMENTE (Llamadas y mensajes en contestador)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CORRESPONDENCIA ESCRITA (Física o virtual)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VIRTUAL (Mensajería a través de Chatbots, Whatsapp, Blaster, Mail, SMS, entre otros)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VISITAS (Gestiones físicas en residencia u oficina)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TODOS LOS CANALES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	--	---	--	--------------------------	---

Firmo en constancia de haber leído, entendido y aceptado todo el presente documento.

HUELLA INDICE DERECHO



FIRMA Y C.C.