

Vinculación y Solicitud Microcrédito - Persona Natural



NIT 811.022.688-3

Oficina	Fecha de recepción	Nombre de Asesor	Código del asesor	Asociado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Código
PRODUCTOS A SOLICITAR					
Asociación <input type="checkbox"/>	CDT <input type="checkbox"/> CDAT <input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Ahorro Contractual <input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorro Girable <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/>	Cupo de crédito <input type="checkbox"/>	Aumento de Cupo de Crédito <input type="checkbox"/>
Medio por el cual conoció a CFA Publicidad: Prensa <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Otro _____ Recomendado por: _____					
DATOS GENERALES					
Nombres		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. Documento de identidad	Fecha de expedición	Lugar de expedición	Fecha de Vencimiento (solo para CE)	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	Personas a Cargo	Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otro _____	
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Nivel de Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post-grado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros _____	Profesión		Ocupación	
Actividad económica principal (>50% de Ingresos)		CIU	Actividad económica secundaria		CIU
Clase de Vivienda Arrendada <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Tiempo en Vivienda (en meses)	Si la vivienda es arrendada diligencie Nombre y Apellido del Arrendador		Teléfono arrendador
Dirección residencia Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			Teléfono 1	Teléfono 2	Celular
Departamento	Ciudad	Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/> Corregimiento <input type="checkbox"/>		Zona	Estrato
Correo electrónico		Deseo consultar o recibir mis estados de cuenta o extractos y reporte anual de costos: correo electrónico <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/>			
INFORMACION FAMILIAR					
Personas que viven con usted: Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			No. Personas a Cargo Menores 12 años ____ Entre 12 y 18 años ____ Mayores 18 ____		
El grupo familiar posee seguridad social? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			El grupo Familiar depende del negocio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
INFORMACION LABORAL (Solo asalariados)					
Cargo	Nombre de la empresa		NIT / CC empresa	Actividad de la empresa	
Tipo de contrato	Tiempo de servicio (en meses)	Dirección empresa		Teléfono 1 – extensión	Teléfono 2 - extensión
INDEPENDIENTE					
Nombre del negocio		Dirección de Oficina o Negocio		Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/>	Teléfono 1 – extensión Teléfono 2 - extensión
Tiempo en la actividad (en meses)	Nro. de empleados	Nro. de establecimientos		Sector Económico: Servicios <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Producción <input type="checkbox"/> Agropecuario <input type="checkbox"/>	
Existencia registro de cuentas: Entradas y salidas <input type="checkbox"/> Libro mayor <input type="checkbox"/> Contabilidad <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>			Cumplimiento normatividad legal: Cámara de comercio <input type="checkbox"/> Industria y comercio <input type="checkbox"/> Licencias de funcionamiento <input type="checkbox"/> IVA o Retefuente <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>		
Local Propio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor Arriendo: \$	Nombre del arrendador:		Teléfono:	¿Pertenece a una asociación o gremio? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
CONYUGE					
Tipo Doc. C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento de identidad	Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido
	Fecha de Vencimiento (solo para CE)	Actividad económica		CIU	Ocupación/Cargo Ingresos \$ Egresos \$
REFERENCIAS					
REFERENCIAS FAMILIAR (Familiares que no vivan con usted)					
Nombre y Apellidos		Afinidad	Ubicación(Localidad)	Teléfono 1	Teléfono 2
Nombre y Apellidos		Afinidad	Ubicación(Localidad)	Teléfono 1	Teléfono 2
REFERENCIAS PERSONALES					
Nombre y Apellidos		Afinidad	Ubicación(Localidad)	Teléfono 1	Teléfono 2
Nombre y Apellidos		Afinidad	Ubicación(Localidad)	Teléfono 1	Teléfono 2
REFERENCIAS COMERCIALES					
Proveedor:		Ubicación(Localidad)		Teléfono 1	Teléfono 2
Proveedor:		Ubicación(Localidad)		Teléfono 1	Teléfono 2
Cliente:		Ubicación(Localidad)		Teléfono 1	Teléfono 2
Cliente:		Ubicación(Localidad)		Teléfono 1	Teléfono 2

DESCRIPCION DE ACTIVOS		
BIENES RAICES		
Tipo de propiedad : Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Otro, cual _____	Valor Comercial \$	Dirección del bien
Tipo de propiedad : Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Otro, cual _____	Valor Comercial \$	Dirección del bien

VEHICULO					
Tipo de vehículo	Placa	Valor comercial \$	Tipo de vehículo	Placa	Valor comercial \$

OTROS ACTIVOS			
Tipo: Maquinaria <input type="checkbox"/> CDT'S <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Semovientes <input type="checkbox"/> Otro, cual _____	Valor Comercial \$	Tipo: Maquinaria <input type="checkbox"/> CDT'S <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Semovientes <input type="checkbox"/> Otro, cual _____	Valor Comercial \$

INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA CREDITO					
Monto Solicitado	Destino	Plazo	Línea	Garantía: Hipotecaria <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> Otra, cual _____	
Periodicidad pago	Forma de pago Efectivo <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Nomina <input type="checkbox"/>		Tipo de vinculación: Deudor <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Si marca codeudor relacione No de documento de quien codeuda _____		

INFORMACION FINANCIERA			
INGRESOS		EGRESOS	
Salario/ Pensión	\$	Gastos de Sostenimiento	\$
Honorarios	\$	Otros Gastos	\$
Otros Ingresos	\$	Obligaciones Financieras	\$
Ingreso Neto del Negocio	\$	Costos/ Gastos Negocio(Independiente)	\$
Total de Ingresos	\$	Total Egresos	\$
Certifico que el nivel de ingresos por actividades ordinarias anuales del año inmediatamente anterior, con corte a 31 de diciembre fue de \$		Valor Activos	\$
Detalle de otros ingresos		Valor Pasivos	\$
		Valor Patrimonio	\$

ENTREVISTA				
Recibe giros del Exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> si su respuesta es sí cual es el valor mensual de los giros recibidos _____ por qué concepto? _____ Nro. de identificación del(los) remitentes _____ Nombre(s) del(los) remitente(s) _____ Tipo de relación con el (los remitente(s)) _____				
Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie la siguiente información de los productos en moneda extranjera)				
Tipo de Operación	Tipo de producto: Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/>	Moneda	Nro. de producto	Monto
Entidad	Pais		Ciudad	
Tiene Nacionalidad Norteamericana SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Es portador de Green card? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Es portador de pasaporte de los EEUU? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dirección o teléfono de los EEUU: _____	
ITIN o SSN _____				
¿Es usted una persona pública o políticamente expuesta o tiene relación con alguna persona de estas, hasta segundo grado de consanguinidad o de afinidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Resultados de entrevista (Espacio Diligenciado por CFA): Persona PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Fecha de entrevista DD MM AAAA	Hora entrevista	Nombre y apellidos entrevistador	Cargo entrevistador	Firma del Entrevistador

DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y FONDOS
Yo, Identificado con el nombre y documento de identidad, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando en nombre propio y de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de <i>fuentes de bienes y fondos</i> a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de captación, productos de colocación y demás servicios financieros que ofrece la Cooperativa.
1. Actualmente poseo Bienes que han sido adquiridos a través de: <input type="checkbox"/> Compraventa <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Otros, Cuál? _____ ó <input type="checkbox"/> No poseo Bienes
2. Los recursos que entregué, provienen de las siguientes fuentes: <input type="checkbox"/> Salario y demás pagos laborales <input type="checkbox"/> Honorarios y comisiones <input type="checkbox"/> Ventas <input type="checkbox"/> Intereses y Rendimientos Financieros <input type="checkbox"/> Dividendos y participaciones <input type="checkbox"/> Arrendamientos <input type="checkbox"/> Otros, Cuál? _____
3. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.
4. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
5. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE VIDA DEUDORES (aplica solo para el deudor principal del crédito)																																																							
Peso _____ Kg. Estructura _____																																																							
1. Ha padecido, o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?																																																							
<table border="0"> <tr> <td>Sí</td><td>No</td><td>Sí</td><td>No</td><td>Sí</td><td>No</td><td>Sí</td><td>No</td><td>Sí</td><td>No</td> </tr> <tr> <td>Corazón</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Presión arterial</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedades Neurológicas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Riñones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Infección por VIH</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Diabetes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedades Hepáticas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Pulmones</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Depresión</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Demencia</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedades siquiátricas</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>Trastornos Mentales</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades siquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No																																														
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades siquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral 1? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____																																																							
3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																							
4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																																																							
En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores dar detalles: _____																																																							
Allianz Seguros de Vida S.A, se reserva los derechos de solicitar requisitos médicos adicionales si lo estima conveniente así como declinar o extraprimar cualquier solicitud que no esté de																																																							

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

acuerdo con sus normas de selección.

IMPORTANTE: Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que aparecen escritas, por lo tanto la falsedad, omisión, error o la retención en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza y en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Allianz Seguros de Vida S.A para tener acceso a mi historia clínica aun después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica.

Así mismo faculto expresamente a Allianz Seguros de Vida S.A para consultar las bases de datos de seguros de personas relativas a riesgos agravados en indemnizaciones al cumplimiento de obligaciones crediticias y a las demás que permitan un conocimiento adecuado del asegurado, así mismo la facultad para que informe a esas mismas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguro celebrado o que vayan a celebrar.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Débito depósito: Autorizo de manera voluntaria a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para debitar de mis depósitos de ahorro todo compromiso que desprenda de la vinculación con ella, tales como aportes sociales, pago de créditos, seguros, contratos de ahorro o cualquier cuenta por cobrar pendiente a mi nombre

Envío de información SMS y correo electrónico: Autorizo de manera voluntaria e informada a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para enviar mensajes relativos a mi relación con CFA al terminal móvil de telecomunicaciones y a la dirección electrónica reportados como de mi uso y propiedad.

Autorización consulta y reporte a centrales de información y riesgo: Doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CFA, o a quien sea en el futuro el acreedor de la obligación para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme una garantía, b) Reportar a las centrales de riesgo, datos del cumplimiento o del incumplimiento, de mis obligaciones, c) Conservar, tanto en CFA, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos, mi información crediticia, d) Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos, e) Reportar a las autoridades públicas, tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

Veracidad y Actualización de datos: Declaro que todo los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; y por ello autorizo su verificación desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con la entidad, así mismo si se presentan cambios en los datos consignados en esta solicitud, me obligo a informarlos oportunamente, a CFA y a actualizar una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando los respectivos soportes, de lo contrario la Cooperativa está facultada para cancelar cualquiera de los productos o servicios adquiridos. Autorizo de manera voluntaria a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para actualizar mi información personal y/o demográfica por cualquier medio dispuesto por la entidad para el efecto.

Cancelación de productos: La Cooperativa podrá terminar, suspender y bloquear la relación comercial, cuando mi nombre figure en cualquier tipo de investigación o proceso, sea incluidos en listas, requerimientos de entidades de control o noticias tanto a nivel nacional como internacional por la comisión de delitos fuente de lavado de activos o financiación del terrorismo.

Destrucción de la información: Autorizo a CFA a destruir los documentos anexos a esta solicitud de vinculación, vencidos (30) días desde la notificación de su rechazo o aplazamiento si no lo hubiere reclamado.

Medidas de seguridad: Certifico que he sido informado y capacitado acerca de las medidas de seguridad que se deben tener en cuenta para la realización de operaciones por los canales, así como de los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de productos.

Suministro de información: Declaro que he sido informado de manera comprensible, clara, veraz y oportuna sobre los reglamentos, las características, condiciones, uso, costos y las tarifas de los productos y servicios contratados.

Protección al consumidor: Declaro que he sido informado de manera comprensible, cierta, suficiente, y oportuna sobre mis derechos y obligaciones como consumidor financiero, las obligaciones de CFA, los procedimientos para la atención de peticiones, quejas y reclamos, la existencia del Defensor del Consumidor Financiero y que dicha información o cualquier modificación en tarifas o costos puede ser consultada en la página WEB o en las oficinas de CFA.

Acuerdo Cooperativo (solo para asociados): Una vez admitido como Asociado de la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, declaro que me someto a sus Estatutos y Reglamentos y me comprometo a mantener el Aporte mínimo Estatutario y para el efecto le autorizo para que debite de mi cuenta de ahorros el monto de recursos necesarios para actualizar mis aportes sociales de acuerdo a lo establecido en los estatutos.

Exención del Gravamen del Movimiento Financiero: En mi calidad de titular de la cuenta de ahorros número _____, con el fin de lograr el beneficio de la exención prevista en el numeral 1 del artículo 879 del Estatuto Tributario, por medio del presente documento manifiesto expresamente:

1. Que conozco y acepto la exención prevista en el numeral 1 del artículo 879 del Estatuto Tributario, solo se puede aplicar a una cuenta de ahorros por persona
2. Manifiesto bajo la gravedad de juramento que realizo la presente solicitud de la exención en razón a que a la fecha no gozo del beneficio en ninguna otra cuenta de ahorros en la misma entidad o en otro establecimiento de crédito.
3. Autorizo a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para suministrar la anterior información a los entes de control que la requieran.
4. En caso de figurar con más cuentas marcadas como exentas, autorizo a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para debitar de mi cuenta los impuestos y sanciones que ello ocasione o igualmente para desmarcar del beneficio de mi cuenta de ahorros.

AUTORIZACION SERVICIO DE TARJETA PROTEGIDA

Activación de tarjeta protegida: Voluntariamente autorizo a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, para debitar mensualmente de mi cuenta de ahorros el cobro de la prima del seguro de tarjeta protegida.

AUTORIZACIONES PARA CREDITO

Firma de pagaré por anticipado, con el fin de agilizar el momento de desembolso en caso de aprobación de la presente solicitud, declaro que firme de manera voluntaria el pagaré en blanco y la carta de instrucciones que amparará la obligación al momento de la entrega de la documentación .

Cobro estudio de crédito: Autorizo a CFA para que al momento del desembolso, se cobre el valor correspondiente al estudio de crédito de acuerdo con las tarifas establecidas por la Cooperativa que me fueron informadas y que se encuentran a disposición permanente en la página web de la Cooperativa www.cfa.com.co .

Desembolso a Cuenta de ahorros: de tener pagaré firmado y el correo electrónico relacionado en la presente solicitud como dirección de correspondencia, autorizo a la Cooperativa Financiera de Antioquia CFA para que, con base en la aprobación de crédito pueda desembolsar el monto solicitado a la cuenta de ahorros Nro. _____, dado el caso que se requiera modificación en cuanto al monto anteriormente especificado, mediante correo electrónico relacionado autorizare el desembolso del mismo. Una vez realizado el desembolso por parte de la Cooperativa autorizo el envío del plan de pagos al respectivo correo electrónico .

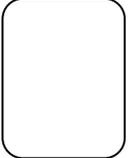
Autorización ahorro: Autorizo de manera voluntaria de que al momento del desembolso se constituya a mi favor un ahorro del 2% del monto desembolsado, el cual quedara a mi disposición una vez cancele la obligación .

FIRMA

En constancia de haber leído, entendido y aceptado al momento de mi vinculación las declaraciones y autorizaciones del presente documento, así como la información referente a medidas de seguridad, derechos y deberes del consumidor financiero, presentación de quejas y reclamos, guía de bloqueo e inactivación, costos y tarifas de productos y servicios, guía para manejo de la deuda y protección de datos personales, y me he informado y me adhiero a las condiciones del Reglamento de los Productos y Servicios solicitados en el presente documento y los clausulados de los seguros contratados a través de CFA, los cuales se encuentran a disposición permanente en la página web de la Cooperativa www.cfa.com.co, firmo el presente documento.

Firma _____

Cédula de Ciudadanía _____

Huella Dactilar 

ESPACIO RESERVADO PARA CFA

OBSERVACIONES GENERALES

Asesorado por:
Cód. Vendedor:
Georeferenciación Si No

APROBACION VINCULACION

Nombre del empleado:

Cargo:

Fecha de aprobación:

Motivos de aprobación o negación

FIRMA APROBACION _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CREDITOS	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE LABORAL
Fotocopia del documento de identidad	X	X
Fotocopias de las colillas de pago del último mes		X
Certificado laboral vigencia no mayor a 45 días o resolución pensión		X
Declaración de renta último año, si es declarante o firma de no declarante.	X	X
Fotocopia del Rut (Si tiene)	X	
Fotocopia de la matrícula de vehículo (Si tiene)	X	X
Certificado de libertad y tradición no mayor a 30 días y/o copia de la factura del último Impuesto Predial (Si tiene)	X	X
Documentos que acrediten sus otros ingresos		Si aplica
Para cuantías superiores a 16 SMMLV se debe anexar soportes de facturas y/o certificación de clientes y/o proveedores, entre otros		

INFORMACION PREVIA AL OTORGAMIENTO DEL CREDITO

Apreciado(a) Solicitante: Con el fin de velar porque los deudores potenciales de la Cooperativa Financiera de Antioquia tengan un total entendimiento de los términos y condiciones del contrato de crédito que pretende celebrar, suministramos la siguiente información:

- TASA DE INTERES REMUNERATORIO:** Será de acuerdo a la tasa de interés que este estipulada en la línea de crédito al momento de su desembolso, la cual será equivalente a una tasa efectiva anual de _____%.
- BASE DE CAPITAL SOBRE LA CUAL SE APLICARA LA TASA DE INTERÉS:** Corresponde al saldo de capital insoluto de la respectiva obligación, hasta su cancelación total.
- TASA DE INTERES DE MORA:** La tasa de interés moratoria es la máxima permitida por la ley, durante toda la vigencia de la obligación.
- LAS COMISIONES Y RECARGOS QUE SE APLICARÁN:** El deudor deberá pagar junto con cada cuota hasta que se produzca la cancelación total de la(s) obligación(es): 4.1 El valor de las primas de los seguros del (los) bien(es) dado(s) en garantía(s), si el DEUDOR opta por tomar dicho(s) seguro(s) dentro de las pólizas colectivas de deudores contratadas por la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA; valor que podrá modificarse atendiendo a su vez a las modificaciones que haga la compañía aseguradora, en las tarifas de los seguros y/o las variaciones que se den en el valor asegurado del bien y/o en las tarifas de impuestos que generen dichas primas; la modificación podrá realizarse en el mismo momento en que la aseguradora haga dicho ajuste, independientemente del tiempo corrido de la vigencia del seguro. Los valores pagados por la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA por este concepto durante el plazo o con posterioridad a éste serán exigibles desde la fecha en que se ha debido efectuar dicho pago, y en el evento de no hacerlo, pagará intereses de mora a la tasa máxima permitida, sobre los valores insolutos, por este concepto, además el de los reavalúos a que haya lugar por su pérdida de vigencia. 4.2 Los gastos generados por la cobranza pre jurídica y jurídica serán cargados al saldo que el deudor posea y la suma de estos gastos deberán ser pagados por el deudor en la primera cuota que se encuentre pendiente de cancelación; 4.3 El valor que corresponda a la comisión de fondo de garantía en caso de tomar este tipo de garantía, 4.4 Los demás conceptos relacionados con los costos del crédito serán descontados al momento del desembolso.
- PLAZO DEL PRESTAMO:** Será estimado de acuerdo a la línea de crédito y a la capacidad de pago del solicitante.
- INFORMACIÓN – DOCUMENTACION:** El Solicitante deberá suministrar la documentación e información financiera, comercial y fiscal que se solicite, en la oportunidad exigida según las disposiciones de la Superintendencia Financiera sobre evaluación y calificación de cartera y demás normas que regulan la actividad financiera; la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA, se reservará el derecho de declarar de plazo vencido las obligaciones, si no se atiende este requerimiento.
- DERECHOS DE LA COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA EN CASO DE INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL DEUDOR:** En caso de incumplimiento por el deudor de las obligaciones a su cargo, la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA podrá, haciendo efectivas las garantías otorgadas y dejando sin efecto el plazo pactado, exigir del saldo total de dichas obligaciones, por los conceptos referidos, pendientes de pago. Se cobrará los costos de cobranza judicial o extrajudicial, que serán de cargo del Deudor.
- DERECHOS DEL DEUDOR:** A petición escrita del Deudor, dentro de los 15 días siguientes a la solicitud, la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA le comunicará la última calificación de riesgo que le ha sido asignada, según la evaluación correspondiente realizada por la Cooperativa.
- AVISO OPORTUNO DEL DEUDOR:** Los potenciales deudores de la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA, deberán informarle oportunamente de cualquier problema que ponga en riesgo el servicio o pago adecuado de la deuda.
- REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION:** En cumplimiento de la Ley Habeas data N° 1266 de 2008 la COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA periódicamente entrega a las Centrales de Riesgo, la información de crédito de cada uno de sus deudores, incluyendo tanto el reporte de los pagos oportunos como el de los incumplimientos. La permanencia de la información registrada en las Centrales de información es establecida por cada Central de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional. En el evento de encontrar que su información reportada no es correcta, usted puede comunicarse con el Área de Cartera, al teléfono 5606040