



SOLICITUD PRODUCTOS PERSONA JURÍDICA

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.

SC-CER 401191

NIT. 890903152-6

Todos los campos son obligatorios, si no cuenta con algún dato por favor trace una línea horizontal en el campo respectivo

PRODUCTOS SOLICITADOS	VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	CRÉDITO <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------------	--	----------------------------------

Ciudad / Municipio _____	Fecha Solicitud	Día	Mes	Año	Hora		
--------------------------	-----------------	-----	-----	-----	------	--	--

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE							
Nombre o Razón Social			NIT.		Tipo de Empresa		
					Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		
CIU <input type="text"/>		Actividad Económica Principal		CIU <input type="text"/>		Actividad Económica Secundaria	
País de Constitución		Decreto de Creación	Nº de Empleados		Tipo de Retención		
					Autoretenedor <input type="checkbox"/> Sujeto de Retención <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/>		
Dirección de la Entidad (Oficina Principal)				Municipio			
Departamento			Teléfono		Fax		Celular
Envío de Correspondencia				Correo Electrónico			
Física <input type="checkbox"/> Electrónica <input type="checkbox"/>							

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA ENTIDAD							
Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		Número de Cuenta		Banco		Ciudad Apertura Cuenta	
Ingresos Mensuales \$		Egresos Mensuales \$		Ingresos no Operacionales Mensuales \$		Egresos no Operacionales Mensuales \$	
Detalle de Ingresos no Operacionales							
Otros Ingresos Demostrables \$							
TOTAL ACTIVOS \$				TOTAL PASIVOS \$		TOTAL PATRIMONIO \$	

OPERACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA							
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Importaciones	<input type="checkbox"/> Exportaciones	<input type="checkbox"/> Inversiones	<input type="checkbox"/> Prestaciones	<input type="checkbox"/> Giros			
<input type="checkbox"/> Otras	¿Cuáles? _____						
¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
Nº. de Cuenta: _____ Ciudad: _____							
Banco: _____ País: _____							
Moneda: _____				Firma Representante Legal		Huella	

REFERENCIA COMERCIAL		
Nombre del Establecimiento		Ciudad
Teléfono (s) de contacto		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL							
Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido			
Nº de Doc. De Identidad		Tipo de Identificación		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento	
						Día Mes Año	
Lugar de Nacimiento		Departamento		Personas a Cargo	Sexo	Fecha de Expedición	
					M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día Mes Año	
Profesión u oficio		Nivel de Estudio					
		Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>					
Tipo Vivienda							
Propia <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>							
Dirección de Residencia			Municipio		Departamento		
Celular		Teléfono			Fecha de Vinculación a la Empresa		
					Día Mes Año		
Nombre y Apellidos Referencia Familiar (Que no viva con usted)					Teléfono Referencia Familiar		
Nombre y Apellidos Referencia Personal (Que no viva con usted)					Teléfono Referencia Personal		

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SOLICITUD DE CRÉDITO

LINEA CRÉDITO	MONTO SOLICITADOS\$	PLAZO (MESES)	GARANTÍA Personal <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> CDAT <input type="checkbox"/> Pagaré <input type="checkbox"/>
---------------	---------------------	---------------	---

DESTINACIÓN DEL CRÉDITO

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

Autorizo a la Cooperativa para consignar el valor del crédito en:

Si seleccionó Cuenta Tercero, por favor diligenciar el formato de beneficiario final.

Mi cuenta Bancaria

Cuenta Tercero

Efectivo

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos que entrego y entregaré en depósitos o para cancelar obligaciones en nombre de la entidad que represento, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma. Declaro que los ingresos y bienes de la entidad que represento provienen del desarrollo de su (s) actividad (es) económica (s). No permitiré que terceros efectúen depósitos en cuentas o cancelen obligaciones a nombre de la entidad que represento, con fondos ilícitos, según lo contemplado por el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma que lo modifique o adicione. La entidad que represento no destinará los recursos que reciba de la Cooperativa, para actividades ilícitas relacionadas aparente o activamente con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos de cualquier tipo, que tenga en la Cooperativa de la entidad que represento y en caso de infracción o falsedad de cualquiera de los numerales incluidos en este documento, se exonera a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive de información errónea o falsa que se hubiese proporcionado en este documento o de la violación de los compromisos aquí adquiridos.

CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y sus normas reglamentarias, autorizo expresamente para que los datos personales y los datos biométricos (huella dactilar y fotografías) sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ANTONIO JOSE JARAMILLO TOBON - COOBELMIRA), para que sean tratados con la finalidad de capacitación, educación y cultura, finalidades varias, gestión contable y financiera, marketing, publicidad y prospección comercial, servicios económico-financieros y seguros, trabajo social, además que las fotografías y videos puedan ser utilizadas en medios impresos, medios audiovisuales y redes sociales. Conozco que la entidad que represento, podrá ejercer sus derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de los datos, con un escrito dirigido a la COOPERATIVA COOBELMIRA), a la dirección de correo electrónico protecciondatos@coobelmira.com, indicando en el asunto el derecho a ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Carrera 21 N° 20-29 Belmira- Antioquia.

La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través del siguiente correo electrónico: protecciondatos@coobelmira.com o a través de la página web www.coobelmira.com

ACEPTO SI NO

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN

Como representante legal, autorizo a la COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ANTONIO JOSE JARAMILLO TOBON - COOBELMIRA), para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones relacionadas con las obligaciones en calidad de asociado y recibir información de campañas comerciales, a través de cualquier medio de comunicación según la información suministrada en este formato.

(Puede marcar una o todas las opciones):

El costo de los mensajes enviados será asumido por la Cooperativa.

ACEPTO SI NO

Correo Electrónico Teléfono Celular Físico

AUTORIZACIONES, ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En nombre de la entidad que represento:

- Autorizo a la COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ANTONIO JOSE JARAMILLO TOBON - COOBELMIRA, para que a través de la cuenta de ahorros efectúe operaciones débito y crédito relativas al desembolso o pago de créditos, gastos de estudio de créditos, cuotas ordinarias de aportes sociales.
- Me obligo con la Cooperativa a mantener actualizada la información suministrada de la entidad, bajo el presente formato, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información contenida, diligenciando el formulario donde se determine.
- Certifico que la información suministrada es real y autorizo a la cooperativa para que la verifique.
- Autorizo a cancelar los productos de ahorro a favor de la entidad que represento, en los siguientes casos:
 - a. Cuando la información suministrada en el presente formulario no se pueda verificar y/o
 - b. Cuando no cumpla la obligación de actualizar por lo menos una vez al año la información referida.
- Autorizo con carácter permanente e irrevocable a la Cooperativa para consultar, ante cualquier central de riesgo, el endeudamiento en el sector financiero y comercial y la información disponible sobre el cumplimiento y el manejo dado por los compromisos adquiridos en dichos sectores.
- Igualmente autorizo de manera expresa consentimiento para reportar, procesar y consultar, ante cualquiera de las centrales de riesgo, la información y en particular sobre la relación financiera en la Cooperativa, en cuanto a los créditos vigentes y obligaciones contraídas directa o indirectamente con ustedes. Lo anterior implica que la información reportada debe permanecer en las bases de datos de las centrales de información autorizadas por la ley durante el tiempo que la misma establezca de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones, en consecuencia, las entidades del sector financiero conocerán el comportamiento presente y pasado.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este formato y haberlo comprendido con claridad, razón por la cual entiendo sus aplicaciones.

Número de Documento

Firma Representante Legal

Huella

ESPACIO USO EXCLUSIVO DE COOBELMIRA

Consejo Administración Comité Crédito Gerencia

Solicitud No. _____

Crédito aprobado por

Gerente

OBSERVACIONES

Fecha realización entrevista			Hora		Nombres y apellidos de la persona que realizó la entrevista	Cargo	Firma
Día	Mes	Año					
Fecha verificación de información			Hora		Nombres y apellidos de la persona responsable de verificación de Información	Cargo	Firma
Día	Mes	Año					