



COTRAFESA

COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE CAFETEROS Y ALMACAFE

SOLICITUD DE CRÉDITO

PERSONA NATURAL

FECHA SOLICITUD

DD	MM	AA
----	----	----

DATOS PERSONALES	IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No IDENTIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN D D M M A A A A	CUIDAD EXPEDICIÓN	DPTO EXPEDICIÓN	PAIS EXPEDICIÓN	
	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE			
	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A	ESTADO CIVIL U. LIBRE <input type="checkbox"/> SOLTERO (A) <input type="checkbox"/>	VIUDO (A) <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/>	DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/>	No HIJOS	No PERSONAS A CARGO (No hijos, Ni el Cónyuge)
	¿MUJER CABEZA DE FAMILIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	NIVEL DE EDUCACIÓN APROBADO	TÍTULO OBTENIDO				

DATOS DEL CRÉDITO	MONTO \$	PLAZO DÍAS	FORMA DE PAGO LIBRANZA <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/>	DÍA DE PAGO	GARANTÍAS PERSONAL <input type="checkbox"/> APORTES <input type="checkbox"/> PIGNORACIÓN <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/>	MODALIDAD DEL CRÉDITO ORDINARIO <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> EXTRAORDINARIO <input type="checkbox"/> EDUCATIVO <input type="checkbox"/>
	DESTINO DEL CRÉDITO LIBRE DESTINO <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN <input type="checkbox"/>	RECREACIÓN <input type="checkbox"/>	VIVIENDA <input type="checkbox"/>	OTRA CUAL? <input type="checkbox"/>	
	RESTRUCTURACIÓN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DETALLE DE OBLIGACIONES A RECOGER	PAGO DEUDAS <input type="checkbox"/>	SALUD <input type="checkbox"/>	TOTAL A RECOGER \$	FORMA DE DESEMBOLSO CTA AHORROS <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/>

DOMICILIO	TIPO DE VIVIENDA ARRENDADA <input type="checkbox"/> PROPIA HIPOTECADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA NO HIPOTECADA <input type="checkbox"/>	CUIDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	CONJUNTO <input type="checkbox"/>
	DIRECCIÓN RESIDENCIA	DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA			EDIFICIO <input type="checkbox"/>
	ESTRATO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	CONDOMINIO <input type="checkbox"/>
					VEREDA <input type="checkbox"/>
				BARRIO <input type="checkbox"/>	

DECLARACIÓN INGRESOS	OCCUPACIÓN U OFICIO	FECHA DE VINCULACIÓN	TIPO DE CONTRATACIÓN T. INDEFINIDO <input type="checkbox"/> T. FIJO <input type="checkbox"/> OBRA O LABOR <input type="checkbox"/> OPS <input type="checkbox"/>	DURACIÓN CONTRATO T. FIJO	SECTOR OFICIAL <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/>
	EMPRESA	SUCURSAL SEDE	DIRECCIÓN EMPRESA	TELÉFONO	

INGRESOS Y EGRESOS	SUELDO \$	VIVIENDA (CUOTA O ARREND.) \$	ACTIVOS	BIENES RAICES			
	SUELDO CONYUGE \$	GASTOS DE SOSTENIMIENTO \$		TIPO BIEN	DIRECCIÓN	MATRÍCULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL
	OTROS INGRESOS \$	CUOTAS DE CRÉDITO \$		VEHÍCULOS Y MAQUINARIA			
	TOTAL INGRESOS \$	TARJETAS DE CRÉDITO \$		TIPO BIEN	MARCA MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL
	DESCRIBA OTROS INGRESOS	OTROS \$		OTROS BIENES (INVERSIONES, SEMOVIENTES, ETC)			
		TOTAL GASTOS \$		DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN	VALOR COMERCIAL	

REFERENCIAS	Bancarias	ENTIDAD	SUCURSAL	CUIDAD	CUENTA NUMERO
	T. Crédito	ENTIDAD	SUCURSAL	CUPO	TARJETA NUMERO
	Familiares	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO
	Personal	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
	Comercial	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO		

INFORMACIÓN DEL CODEUDOR	NOMBRE COMPLETO	IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No	TELÉFONO
	FECHA DE NACIMIENTO D M A	EDAD	ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO
	VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>	TIEMPO DE RESIDENCIA	NOMBRE DEL ARRENDADOR	
	PROFESIÓN O ACTIVIDAD	EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO
	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	ANTIGÜEDAD		TELÉFONO
	NOMBRE DEL CONYUGE	IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No	EMPRESA DONDE TRABAJA
	DIRECCIÓN EMPRESA	ANTIGÜEDAD		TELÉFONO
			INGRESOS \$	

INGRESOS Y EGRESOS	SUELDO \$	VIVIENDA (CUOTA O ARREND.) \$	ACTIVOS	BIENES RAICES			
	SUELDO CONYUGE \$	GASTOS DE SOSTENIMIENTO \$		TIPO BIEN	DIRECCIÓN	MATRÍCULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL
	OTROS INGRESOS \$	CUOTAS DE CRÉDITO \$		VEHÍCULOS Y MAQUINARIA			
	TOTAL INGRESOS \$	TARJETAS DE CRÉDITO \$		TIPO BIEN	MARCA MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL
	DESCRIBA OTROS INGRESOS	OTROS \$		OTROS BIENES (INVERSIONES, SEMOVIENTES, ETC)			
		TOTAL GASTOS \$		DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN	VALOR COMERCIAL	

REFERENCIAS	Bancarias	ENTIDAD	SUCURSAL	CUIDAD	CUENTA NUMERO
	T. Crédito	ENTIDAD	SUCURSAL	CUPO	TARJETA NUMERO
	Familiares	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO
	Personal	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
	Comercial	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO		

INFORMACIÓN DEL CODEUDOR	NOMBRE COMPLETO				IDENTIFICACION C.C. <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> No.		TELÉFONO
	FECHA DE NACIMIENTO D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>		EDAD	ESTADO CIVIL	PERSONAS A CARGO	DIRECCIÓN	CIUDAD
	VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/>	ARRENDADA <input type="checkbox"/>	FAMILIAR <input type="checkbox"/>	TIEMPO DE RESIDENCIA	NOMBRE DEL ARRENDADOR	TELÉFONO	CIUDAD
	PROFESIÓN O ACTIVIDAD				EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO
	DIRECCIÓN DE LA EMPRESA					ANTIGÜEDAD	TELÉFONO
	NOMBRE DEL CONYUGE			IDENTIFICACION C.C. <input type="text"/> C.E. <input type="text"/> No.	EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO
	DIRECCIÓN EMPRESA			ANTIGÜEDAD	TELÉFONO	INGRESOS \$	

INGRESOS Y EGRESOS	SUELDO \$	VIVIENDA (CUOTA O ARRENDADO) \$
	SUELDO CONYUGE \$	GASTOS DE SOSTENIMIENTO \$
	OTROS INGRESOS \$	CUOTAS DE CRÉDITO \$
	TOTAL INGRESOS \$	TARJETAS DE CRÉDITO \$
	DESCRIBA OTROS INGRESOS	OTROS \$
		TOTAL GASTOS \$

ACTIVOS	BIENES RAICES			
	TIPO BIEN	DIRECCIÓN	MATRICULA INMOBILIARIA	VALOR COMERCIAL
	VEHICULOS Y MAQUINARIA			
	TIPO BIEN	MARCA MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL
	OTROS BIENES (INVERSIONES, SEMOVIENTES, ETC)			
	DESCRIPCIÓN	UBICACIÓN	VALOR COMERCIAL	

REFERENCIAS	Bancarias	ENTIDAD	SUCURSAL	CIUDAD	CUENTA NUMERO	
	T. Crédito	ENTIDAD	SUCURSAL	CIPO	TARJETA NUMERO	
	Familiares	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO	
	Personal	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO		
	Comercial	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO		
		ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO		

Autorización de Consulta y Reporte

Con la expedición de la Ley 1581 de 2012 y su reglamentario Decreto 1377 de 2013, en cuanto al manejo de datos personales, de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada "Autorizo expresamente a COTRAFESA, para que con fines estadísticos y de información comercial, reporte a cualquier entidad que maneja base de datos con los mismos fines, el surgimiento, modificación, incumplimiento y extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o posterioridad a este contrato, en especial la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros y en general de mi comportamiento como cliente; la presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier entidad financiera.

FIRMA SOLICITANTE

FIRMA CODEUDOR

FIRMA CODEUDOR

PARA USO EXCLUSIVO DE COTRAFESA

APORTE MENSUAL \$	SALDO APORTE \$	FECHA APERTURA DE LA CUENTA O INGRESO A LA COOPERATIVA	DD	MM	AA	
LINEA	CUOTAS ATRASADAS	VALOR DE CADA CUOTA			SALDO A LA FECHA	
CREDIORDINARIO						
CREDIEXTRAORDINARIO						
CREDISOCIAL						
CREDIEDUCATIVO						
OTROS						
TOTAL					\$	

FECHA DE APROBACIÓN

REGISTRO DE DATOS

NUMERO DE ACTA

DIA MES AÑO

FIRMA

LINEA DE CREDIORDINARIO	\$
LINEA DE CREDIEXTRAORDINARIO	\$
LINEA DE CREDISOCIAL	\$
LINEA DE CREDIEDUCATIVO	\$
OTROS	\$

GERENCIA

TOTAL APROBADO ➤



COMITE DE CREDITO

CONCEJO DE ADMINISTRACIÓN

OBSERVACIONES

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo
 Grupo Aportes

Grupo Deudores
 Grupo Directivos

Protección Familiar
 Plan A B C



TOMADOR COTRAFESA		C.C. ONIT 890.211.573-3	
DIRECCIÓN Carrera 18 No. 36-50 Oficina 301		CIUDAD Bucaramanga	TELÉFONO 6840130
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C. ONIT	FECHA DE NACIMIENTO
CORREO ELECTRÓNICO		OCUPACIÓN	CARGO QUE OCUPA
ESTADO CIVIL	PESO (Kg)	ESTATURA (Mts)	ESTA UD. TRABAJANDO NORMALMENTE?

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	Tipo de documento (CC - C.E - T.I. - R.C)	No. DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1 AFECIONES CARDIOVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 8 CIRUGÍA | <input type="checkbox"/> |
| 2 AFECIONES CEREBROVASCULARES | <input type="checkbox"/> | 9 ALCOHOLISMO | <input type="checkbox"/> |
| 3 CANCER | <input type="checkbox"/> | 10 TABAQUISMO / DROGADICCIÓN | <input type="checkbox"/> |
| 4 DIABETES | <input type="checkbox"/> | 11 HIPERTENSIÓN ARTERIAL | <input type="checkbox"/> |
| 5 VIH POSITIVO / SIDA | <input type="checkbox"/> | 12 ENFERMEDADES CONGÉNITAS | <input type="checkbox"/> |
| 6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 13 ENFERMEDADES DEL COLÁGENO | <input type="checkbox"/> |
| 7 EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 14 ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

Autorización tratamiento de datos personales

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en Bucaramanga a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO _____

Autorizo Ingreso: Si No

Nombre y firma de quien autoriza _____



Huella del índice derecho del asegurado



**AUTORIZACION PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS
EN LA CENTRAL DE INFORMACION –CIFIN-**

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la **COOPERATIVA DE TRABAJADORES Y EMPRENDEDORES DE SANTANDER “COTRAFESA”** o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a la Central de Información–CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines.

Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación aplicable.

La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. Así mismo manifiesto que conozco el reglamento de la CIFIN.

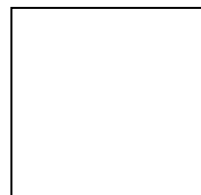
La presente autorización se extiende para que COTRAFESA pueda compartir información con terceros públicos o privados, bien sea que éstos ostenten la condición de fuentes de información, operadores de información o usuarios, con quienes EL CLIENTE tenga vínculos jurídicos de cualquier naturaleza, todo conforme a lo establecido en las normas legales vigentes dentro del marco del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo SARLAFT de COTRAFESA.

En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

Firma (Deudor)

Nombre

C.C. No.



Huella Dactilar

Firma (Codeudor)

Nombre

C.C. No.



Huella Dactilar