

Fecha de diligenciamiento	Día	Mes	Año	Ciudad	Pagaduría
Fecha de Radicación	Día	Mes	Año	Consecutivo Interno	Asesor (a) Comercial

En mi condición de: asociado Deudor Solidario Empleado de la Cooperativa de los Servidores de la Fiscalía General de la Nación COOPFISCALIA, solicito un préstamo por la suma de \$ _____ por la línea _____ que me comprometo a cancelar en _____ cuotas mensuales.

◆ DATOS DEL DEUDOR											
Tipo ID C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número de Cédula		Nacionalidad		Ciudad de Expedición		Fecha de Nacimiento		Tramita actualmente pensión Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1er Nombre			2do Nombre			1er Apellido			2do Apellido		
E-mail			Número de Celular			Dirección de Residencia			Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>			Ciudad/Municipio de Residencia			Departamento de Residencia			Teléfono Residencia		Estado civil
Nivel académico			Profesión			Empresa donde labora			Seccional		
Dirección de la oficina			Torre/Bloque	Piso	Oficina	Cargo			Dependencia		
Teléfono Oficina/Ext.		Tipo de Contrato En Carrera <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/>		Provisionalidad <input type="checkbox"/>		En caso de contrato a término fijo, Indique la fecha de terminación			Tiempo laborado	Años	Meses

◆ INFORMACIÓN FINANCIERA											
Posee finca raíz Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Está hipotecada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿A qué entidad?		Valor Comercial		Descripción Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?			
Dirección de Residencia			Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad		Número telefónico			
¿Vive en arriendo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Valor arriendo			Nombre del arrendador			Número telefónico			
¿Posee vehículo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Marca			Placa / Modelo		¿Está pignorado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿A qué entidad?		
CIU	Descripción de la actividad			¿Declara Renta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Administra Recursos Públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Administra dineros de terceros a su nombre? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Recibe de manera periódica consignaciones en efectivo o cheque por cuantías superiores a \$ 10.000.000 ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN FINANCIERA						OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA					
INGRESOS			EGRESOS			¿Realiza operaciones en moneda extranjera? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>					
Sueldo / Ingresos mensuales de su actividad principal (A)						Importaciones <input type="checkbox"/>		Exportaciones <input type="checkbox"/>			
Otros Ingresos (B)			Total Activos			Inversiones <input type="checkbox"/>		Transferencias <input type="checkbox"/>		Otra: _____	
Total Ingresos (A+B)			Total Pasivos			¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Describa detalladamente los ingresos originados en actividad diferente a la principal						Tipo de producto		Monto			
						Identificación del producto		Moneda			
						Número del producto		País			
						Entidad		Ciudad			

◇ DATOS DEL CONYUGE						
Tipo Id. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	Número	Nacionalidad		Ciudad de Expedición		Fecha de Nacimiento
1er Nombre	2do Nombre		1er Apellido		2do Apellido	
Número de Celular	Empresa donde labora			Cargo	Sueldo	
Dirección de Residencia	Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad	Número telefónico	

◇ REFERENCIAS
1. Personal

1er Nombre	2do Nombre		1er Apellido		2do Apellido	
Dirección de Residencia	Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad	Número telefónico	

2. Familiar que no viva con usted

1er Nombre	2do Nombre		1er Apellido		2do Apellido	
Dirección de Residencia	Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad	Parentesco	Número de celular

3. Laboral (Compañero (a) de trabajo)

1er Nombre	2do Nombre		1er Apellido		2do Apellido	
Dirección de Residencia	Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad	Email	Número de celular

◇ AUTORIZACIÓN DE RECAUDO (Débito Automático)
Información Financiera del titular de la cuenta

Entidad financiera donde el titular tiene la cuenta		Sucursal	Ciudad	Número de Cuenta		
Tipo de Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Nit de la empresa recaudadora 830.056.173 - 8	Descripción del servicio a pagar	Código	Código único de referencia del servicio a pagar		
Observaciones:						

◇ FORMA DE DESEMBOLSO

Forma de desembolso (Si es más de una especificar en observaciones). Para abono en cuenta el solicitante debe ser titular.

Nombre de la entidad financiera		Abono en mi cuenta número		Corriente <input type="checkbox"/>	Ahorros <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Giro para recoger el saldo de crédito o refinanciar N° _____ que actualmente tengo en Coopfiscalía.					
Nombre de la entidad financiera	1.	_____	Valor	_____	
	2.	_____	Valor	_____	
	3.	_____	Valor	_____	
Observaciones:					

◇ **DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Certifico que toda la información suministrada es verídica y autorizo a la cooperativa para verificar, asumir plena responsabilidad por la misma y me comprometo a cumplir los acuerdos establecidos en el reglamento de crédito, los estatutos de la cooperativa y a reportar cualquier cambio de la información aquí señalada. Así mismo me comprometo a notificar a COOPFISCALIA en caso de que por cualquier circunstancia se de por terminado el contrato suscrito con la entidad con la que laboro. La Póliza de seguro de aportes vencerá automáticamente al terminar el crédito, si el asociado no notifica por escrito su deseo de cancelarla con una antelación de cinco (5) días hábiles al vencimiento de la obligación.

◇ **AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo de manera irrevocable a Coopfiscalía para reportar, solicitar, consultar, incluir y divulgar a centrales de riesgo o otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, toda información referente a mi comportamiento crediticio como asociado y/o deudor solidario de la entidad. Lo anterior cumplimiento o implica que el incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos. Conozco el alcance legal de esta autorización de legislación conformidad con la y jurisprudencia aplicable, la cual se extiende en caso de que mi cartera sea cedida en cualquier condición.

◇ **AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS PERSONALES**

Autorizo a Coopfiscalía en los terminos de la Ley 1581 de 2012, el decreto 1377 de 2013 y demás normas concordantes, de manera libre, previa y voluntaria, para el tratamiento de mis datos personales suministrados a través de este formulario y cualquier otro medio, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión para las finalidades mencionadas en las POLITICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE COOPFISCALÍA, que me permitan recibir información de servicio o cualquier otra índole que se considere necesario y/o apropiado para la prestación de servicios así como el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Declaro que estoy informado de mi obligación de actualizar la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.

En mi calidad de titular (es) de la cuenta (s) otorgo (amos) a la entidad financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones débito, enviadas por la empresa recaudadora, debitando de mi cuenta aquí identificada hasta por el monto máximo que adeude a Coopfiscalía, para ser aplicada en la fecha en que por alguna razón, yo me encuentre en mora, de acuerdo con la información financiera de Coopfiscalía y según el reglamento especificado. Así mismo me comprometo a mantener vigente la cuenta antes relacionada por lo menos hasta finalizar el pago del crédito que me desembolsen. No obstante en caso de requerir por fuerza mayor cambiar la cuenta por otra de la misma o de otra entidad, me comprometo a informarle a Coopfiscalía el número de la cuenta. En todo caso autorizo a Coopfiscalía a indagar mi nuevo número de cuenta y efectuar de la misma los débitos que sean necesarios para obtener el pago de la obligación que ha girado a mi cargo. En caso de encontrarme en mora por más de 90 días en la línea de crédito de cupo rotativo, autorizo a Coopfiscalía a tramitar ante pagaduría la libranza firmada para que se hagan efectivos los descuentos a que haya lugar.

1. En caso de ser aceptado el crédito solicitado, autorizo que me sea descontado del valor del desembolso de mi crédito, las sumas correspondientes a de crédito, intereses anticipados (si es el caso), Fondo de Bienestar o Fondo de Educación si es el caso.
2. En caso de no ser aprobada esta solicitud de crédito, autorizo a COOPFISCALÍA a la destrucción del pagaré, carta de instrucciones y libranza de no recogerlos personalmente en un plazo no superior a 30 días posteriores a su rechazo.
3. Después de haber cancelado la totalidad del crédito aprobado mediante esta solicitud, me comprometo a retirar de COOPFISCALÍA el respectivo pagaré en un plazo no mayor a 30 días después de dicha cancelación, en caso contrario autorizo a COOPFISCALÍA para su destrucción.
4. Autorizo que mensualmente del saldo insoluto de mis aportes sea descontado el porcentaje correspondiente según la tasa vigente a la fecha por concepto de seguro de aportes.
5. Autorizo usar mi email como medio de notificación y comunicación para el envío del plan de pagos e información general de COOPFISCALIA.

Es un deber de los funcionarios y empleados de la fiscalía General de la Nación tener presente la siguiente prohibición: Incumplir de manero reiterada e injustificada obligaciones civiles, laborales, comerciales o de familia impuestas en desiciones judiciales o admitidas en diligencias de conciliación. (Artículo 35 numeral 11 de la ley 734 de 2002 - Código Disciplinario Único) Los campos o espacios deben ser completamente diligenciados. La recepción de este formulario no implica para Coopfiscalía la aprobación del crédito y una vez aprobado es indispensable que la pagaduría donde labore el solicitante, autorice el descuento por nómina. En caso de que la Pagaduría por algún motivo no realice el descuento por nómina y por consiguiente no pueda pagar oportunamente la(s) cuota(s), me comprometo a consignar en la(s) cuenta(s) bancaria(s) de LA COOPERATIVA DE LOS SERVIDORES DE LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN "COOPFISCALIA" la(s) correspondiente(s) cuota(s), dentro de los plazos previstos; si esto no se cumple y el crédito presenta mora LA COOPERATIVA DE LOS SERVIDORES DE LA FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN "COOPFISCALIA", queda autorizada a reliquidar el crédito y cobrar intereses moratorios, de conformidad con las normas Vigentes

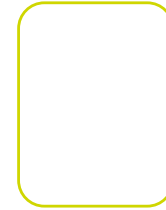
Bajo la gravedad del juramento, manifiesto que no estoy tramitando simultáneamente otro crédito con alguna entidad que llegare a desplazar. En constancia de haber leído y entendido, acepto lo anterior y certifico que me han validado mis datos personales, así mismo firmo la presente solicitud a los días del mes de del año

◇ FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma del Deudor / Deudor Solidario / Empleado

Nombres y Apellidos

C.C.



Huella dactilar índice derecho

◇ ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COOPFISCALÍA

Consulta en centrales de riesgo

Consultado por	Usuario Cifin	día	mes	Año	Hora	Nombre y firma

Referenciación de datos área comercial

Consultado por	día	mes	Año	Hora	Nombre y firma

Referenciación de datos área comercial

Consultado por	día	mes	Año	Hora	Nombre y firma

◇ ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COOPFISCALÍA

Gerencia Comité de Crédito Comité Eiecutivo Consejo de Administración

Fecha			Hora:
día	mes	Año	Monto Aprobado

Formato código GCM-FT-SCR-02

Contáctanos

Sede principal - Bogotá
Calle 17 N° 10 - 16 Ofi. 505
PBX: 482 00 51
Cel: 300 649 19 40

Cali
Carrera 9 N° 9 - 49 Ofi. 1801
Cel: 300 649 19 14

Tunja
Carrera 10 N° 20 - 21 2do Piso
Edificio Notaría 2
Cel: 300 649 19 32

Barranquilla
Carrera 44 N° 37 - 21 Ofi. 906
Cel: 300 649 19 35

Ibagué
Supermanzana 10
Manzana 4 - Casa 13 - Piso 2
Barrio Villas de Gualará
Cel: 300 649 19 57