

Fecha de diligenciamiento (Gestión Comercial)	Día	Mes	Año	Ciudad	Pagaduría
Fecha de Radicación (Área de Crédito)	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 COOPFISCALÍA, solicito un préstamo por la suma de \$ _____ por la línea _____ que me comprometo a cancelar en _____ cuotas mensuales.

DATOS DEL DEUDOR						
CC <input type="checkbox"/>	Tipo ID <input type="checkbox"/>	CE <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
Correo electrónico personal			Número de Celular	Dirección de Residencia		Torre/Bloque Manzana Casa/Apto.
Tipo de Vivienda		Ciudad/Municipio de Residencia		Departamento de Residencia		Teléfono Residencia Estado civil
Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/>						
Nivel académico		Profesión		Empresa donde labora		Seccional
Dirección de la oficina		Torre/Bloque	Piso	Oficina	Cargo	Ciudad/Municipio donde trabaja
Teléfono Oficina/Ext.	Tipo de Contrato		Provisionalidad <input type="checkbox"/>	En caso de contrato a término fijo, Indique la fecha de terminación		Tiempo laborado Meses
	Fijo <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>					

INFORMACIÓN FINANCIERA						
Posee finca raíz	¿Está hipotecada?	¿Es patrimonio familiar?	¿A qué entidad?	Valor Comercial	Descripción	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Dirección de Residencia		Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad	Número telefónico
¿Vive en arriendo?	Valor arriendo	Nombre del arrendador			Número telefónico	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
¿Posee vehículo?	Marca	Placa / Modelo		¿Está pignorado?	¿A qué entidad?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
CIU	Descripción de la actividad	¿Declara Renta?	¿Es familiar de una persona considerada públicamente expuesta?		¿Administra Recursos Públicos?	
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN FINANCIERA			OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA		
INGRESOS (mensuales de su actividad principal)	Total Activos		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		
			¿Posee cuentas en moneda extranjera? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		
Otros Ingresos	Total Pasivos		Número de la cuenta		
			Banco		Moneda
			País		Ciudad
Egresos	Total Patrimonio		Describa detalladamente los ingresos originados en actividad diferente a la principal		

DATOS DEL CONYUGE						
Tipo Id.	Número	Ciudad de Expedición		Fecha de Nacimiento		Número de Celular
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>						
Nombres y Apellidos					Empresa donde labora	
Dirección de la Residencia		Torre/Bloque	Manzana	Casa/Apto.	Ciudad	Cargo Sueldo

REFERENCIAS
1. Personal

Nombres y Apellidos	Número de celular

2. Familiar que no viva con usted

Nombres y Apellidos	Parentesco	Número de celular

3. Laboral (Compañero (a) de trabajo)

Nombres y Apellidos	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	Descripción del servicio a pagar	Código	Código único de referencia del servicio a pagar
Observaciones:				

FORMA DE DESEMBOLSO

Por favor diligencie según aplique

Desembolso en la cuenta del asociado

Nombre de la entidad financiera	Número de la cuenta	Cuenta	Comprobante en OPA
		Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	

 Giro para recoger el saldo de crédito o refinanciar N° que actualmente tengo en Coopfiscalía.

Transferencia o Consignación de Cheques a Terceros

 ¿El desembolso se realiza por compra de cartera? Si No

	Nombre del beneficiario final	Número de la cuenta (si aplica)	Ahorros	Corriente	Cheque	PSE	Comprobante en OPA
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observaciones:

Formato código GCM-FT-SCR-09



SOLICITUD DE CRÉDITO

Cooperativa de los servidores de la
Fiscalía General de la Nación
"Coopfiscalía"

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.

CENTRALES DE RIESGO: Autorizo de manera irrevocable a Coopfiscalía entidad cooperativa para reportar, solicitar, consultar, incluir y divulgar a centrales de riesgo o cualquier 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 implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos. Conozco el alcance legal de esta autorización de conformidad con la legislación 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 términos 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, incluyendo datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, como el origen étnico, inclinaciones políticas, sexuales, religiosas o datos biométricos del Titular, para que dicho tratamiento se realice con el propósito de lograr las siguientes finalidades: (1) Publicar y divulgar el uso de imágenes, datos personales, voces, fotos, sonidos y filmaciones magnéticas entre otras, durante los eventos y programas realizados por Coopfiscalía. (2) Que me permitan recibir información comercial, 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), digitales, físicos y/o personales suministrados a través de este o cualquier otro formulario y medio, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión para las finalidades mencionadas en las POLÍTICAS DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE COOPFISCALIA. (3) En representación de los menores de edad inscritos en las diferentes actividades de la cooperativa, autorizo de manera gratuita y exclusiva a Coopfiscalía para reproducir y utilizar las fotografías o videos de los menores de edad inscritos en estos eventos. Entiendo y acepto que dichas imágenes se captarán durante actividades autorizadas y realizadas en circunstancias apropiadas bajo el control de Coopfiscalía. Entiendo que no se revelará la identidad de los menores de edad para protegerla. Declaro que estoy informado de mi obligación de actualizar la información que solicite la entidad anualmente o por cada producto o servicio que utilice. He sido informado que las políticas para el tratamiento de mi información personal y el uso de privacidad así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, petición, queja o reclamo, podrán ser consultadas a través de la página Web: www.coopfiscalia.com.

Autorizo No Autorizo

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 y de ser necesario, autorizo que me sea descontado del valor del desembolso de mi crédito, las sumas correspondientes a intereses anticipados.
2. En caso de no ser aprobada esta solicitud de crédito, autorizo a COOPFISCALIA 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 COOPFISCALIA el respectivo pagaré en un plazo no mayor a 30 días después de dicha cancelación, en caso contrario autorizo a COOPFISCALIA 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 de la fiscalía General de la Nación tener presente la siguiente prohibición: Incumplir de manera reiterada e injustificada obligaciones civiles, laborales, comerciales o de familia impuestas en decisiones 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 FISCALIA GENERAL DE LA NACION "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 NACION "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.

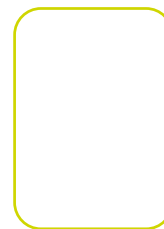
Si al retirarme de la cooperativa este crédito sigue vigente, perderé los beneficios como asociado. Si el valor de las obligaciones como ex asociado es superior al monto de mis aportes y demás derechos económicos, deberé pagar a COOPFISCALIA el saldo a cargo en forma inmediata, sin embargo, se podrá acordar un plazo adicional, siempre y cuando se garantice adecuadamente el pago de mis obligaciones que queden pendientes condicionado a la tasa máxima del mercado sin que esta supere la tasa de usura.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma del Deudor / Deudor Solidario / Empleado

Nombres y Apellidos

C.C.



Huella dactilar indice
derecho

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COOPFISCALÍA

Consulta en centrales de riesgo

Consultado por	día	mes	Año	Nombre y firma
Observaciones				

Referenciación de datos área comercial

Asesor Comercial	día	mes	Año	Nombre y firma
Observaciones				

Referenciación de datos área de crédito

Validado por	día	mes	Año	Nombre y firma
Procesado en el sistema por	día	mes	Año	
Observaciones				

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE COOPFISCALÍA

Fecha			Monto Aprobado
día	mes	Año	

Gerencia Comité de Crédito Consejo de Administración
