



FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y SOLICITUD DE PRODUCTOS

GCO-F-001
Versión:08
Vigencia:2017-07-25
Página: 1 de: 4

El diligenciamiento del presente formulario tiene como propósito: Solicitud de afiliación Solicitud de producto Actualización de datos

Fecha solicitud	Agencia	Ciudad	Asesor
AAAA MM DD			
Clasificación del crédito: <input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Microcrédito			Quién diligencia esta solicitud es: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Codeudor

¿Es familiar de directivos o colaboradores de CODELCAUCA? Sí No Nombre y parente: _____

¿Actualmente es codeudor en CODELCAUCA? Sí No Nombre deudor: _____

SOLICITUD DE CRÉDITO

Línea de Crédito	Monto Solicitado	Monto Aprobado	Monto a desembolsar	Plazo (meses)	Valor de Cuota	Garantía propuesta
						<input type="checkbox"/> Prendaria <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/> Hipotecaria <input type="checkbox"/> N/A
Destino de Crédito (Breve Descripción)				Descripción de la Garantía o Nombre del Codeudor		
Tasa de interés Máxima	Tasa de interés de mora	Número de Pagaré	Fecha de otorgamiento del pagaré	Fecha de vencimiento del pagaré		
Si recoge cartera especifique el monto y la descripción correspondiente:						Valor de afiliación:
Externa :			Interna:			

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Tipo de documento		Número de identificación		Fecha de expedición		Lugar de expedición		
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI				(dd/mm/aaaa)		Ciudad Departamento País(abrev.)		
Género	Fecha de nacimiento			Lugar de nacimiento				
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	dd	mm	aaaa	Ciudad		Departamento País(abrev.)		
Estado Civil:				Personas a cargo:				
<input type="checkbox"/> Solter@ <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/> Separad@ <input type="checkbox"/> Divorciad@				Total personas:		Hijos:	Otros:	No. De hijos estudiando:
Profesión del solicitante			Mujer Cabeza de familia		Nivel de estudios del solicitante			
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Otro			
Correo electrónico de contacto			Teléfono fijo (residencia)		No. Celular (1)		No. Celular (2)	
Dirección de Residencia			Barrio/vereda			Municipio/Departamento		
Estrato	Área (residencia)	Observación de ubicación			Tipo de vivienda donde reside			
	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural				<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> En pago <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada			
Si reside en área Rural o fuera de las agencias centro, norte y sur; registre una dirección urbana en Popayán o Santander de Quilichao para envío de correspondencia, notificaciones y todos los efectos legales requeridos.								
Tiempo en la vivienda		Antigüedad en la ciudad		Nombres y Apellidos del propietario@ o arrendador(para vivienda arrendada o familiar)				
Años: _____ Meses: _____		Años: _____ Meses: _____						
Ciudad (residencia del propietario)		Departamento		No. De contactos del arrendatario		Fecha de Contrato		
						AAAA MM DD		

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑER@ PERMANENTE

Nombres y apellidos				Tipo de documento			
				<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI			
No. De Identificación		Género	Actividad económica			Empresa o negocio donde labora	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado				
Fecha de Contrato		Profesión		Cargo		Ingresos	
AAAA MM DD							
Teléfono de la empresa		Dirección de la empresa			Barrio y municipio		

INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL DEL SOLICITANTE

Pensionado Independiente Empleado (dependiente) Estudiante No. Cta bancaria: _____ Ahorro Corriente
 Microempresario Producción agrícola Hogar Otro Entidad Bancaria: _____

Tipo de empresa/negocio (sector)		Administra recursos públicos?(¿Cuál entidad?)		Monto promedio y descripción de los recursos	
<input type="checkbox"/> Público	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Independiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la empresa donde labora		Nit		Actividad económica de la empresa	
Dirección sede principal		Barrio		Municipio	
Dirección de trabajo (Barrio y municipio si es diferente a la sede principal)			Teléfono (s) de contacto		Declara Renta:
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Tipo de contrato					Fecha de ingreso a la empresa
<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Indefinido	<input type="checkbox"/> Obra o labor	<input type="checkbox"/> Prestación de servicios	<input type="checkbox"/> Contrato ocasional de trabajo	<input type="checkbox"/> Pensionado
					AAAA MM DD
Salario	Cargo que desempeña		Seguridad social integral (salud)		
			<input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> SISBEN <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?: _____		
Si es dueño de empresa o negocio diligencie la siguiente información					
Denominación social del negocio:			Nit:	Actividad o sector:	
				<input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Agrop.	
Experiencia	¿El negocio se ubica en la dirección de residencia?	En caso que la respuesta anterior sea negativa diligencia la Dirección y Barrio de la empresa o negocio.			Municipio
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Estrato	Teléfonos de contacto	Correo electrónico y/o pagina web del negocio		Cámara y comercio	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Actividad económica principal del negocio				El local es	
				<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/> En pago	
Fecha de inicio del negocio		Tiempo del local	No. De Empleados	¿Lleva registro de ventas y compras?	
AAAA MM DD				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del propietario del local			Teléfono (s) del propietario	Promedio de ventas mes (\$)	
Lleva contabilidad	Si como independiente realiza prestación de servicios, indique a través de cual(es) empresa(s) lo presta:				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES CERTIFICADOS	<input checked="" type="checkbox"/> X	VALOR	OBSERVACIONES
Sueldo o ingresos de actividad principal y secundaria			
Promedio (Hr extras, bonific., comisiones, otros)			
Arrendamientos (Valor que recibe mensual)			
Otros ingresos propios			
EGRESOS MENSUALES	<input checked="" type="checkbox"/> X	VALOR	OBSERVACIONES
Pago de servicios públicos			
Pago de Seguridad social integral			
Pago de cuotas en CODELCAUCA			
Pago de arrendamiento y/o cuota de vivienda			
Cuotas vehículo, tarjetas de crédito, otras cuotas			
TOTAL INGRESOS		\$ _____	TOTAL EGRESOS
		\$ _____	

Describe la procedencia de otros ingresos propios:

Concepto de verificación:



FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y SOLICITUD DE PRODUCTOS

GCO-F-001

Versión:08

Vigencia:2017-07-25

Página: 3 de 4

BALANCE PERSONAL

TIPO DE ACTIVO (+)	✓ X	VALOR	DESCRIPCIÓN DEL ACTIVO	SALDO	ENTIDAD	CUOTA
Caja y bancos						
Inversiones (tít. valores)						
Mercancías (bodega, pros, otros)						
Propiedades (Urb. y Ru.)						
Semovientes						
Vehículos						
Maquinaria y Equipos						
Otros activos						
(1) Total activos		\$	Observaciones:			
TIPO DE PASIVO (-)	✓ X	SALDO	ENTIDAD	CUOTA	FECHA TERMINACIÓN	
Crédito Consumo						
Crédito Comercial						
Crédito Vivienda						
Tarjetas de Crédito						
Otros pasivos						
(2) Total Pasivos		\$	Observaciones:			
Total Patrimonio=(1)-(2)		\$	Sujeto a Retención No \$i	Declara Renta No \$i	Persona natural inscrita a la DIAN No \$i	

CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO

CIFIN Puntaje:
 DATA CREDITO Puntaje:
 Probabilidad de incumplimiento(CIFIN):

BIENES MUEBLES - INMUEBLES - OTROS BIENES

Inform. de vehículo 1: Modelo:	Marca:	Placa:	Pignorado a:	Valor comercial \$:	Deuda \$
Inform. de vehículo 2: Modelo:	Marca:	Placa:	Pignorado a:	Valor comercial \$:	Deuda \$
Propiedad Raíz 1 Tipo:	Valor comercial \$:	Matricula inmobiliaria	Valor deuda/Hipoteca \$:	Escritura No.	
Dirección o Ubicación (Ciudad y Departamento):					
Propiedad Raíz 2 Tipo:	Valor comercial \$:	Matricula inmobiliaria	Valor deuda/Hipoteca \$:	Escritura No.	
Dirección o Ubicación (Ciudad y Departamento):					

Si realiza operaciones en moneda extranjera diligencie los siguientes campos:

Tipo de operación: <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Remesa	¿Posee cuenta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Moneda <input type="checkbox"/> No	Entidad	País
--	---	---------------------------------------	---------	------

REFERENCIAS

FAMILIARES QUE NO VIVAN CON USTED

Nombres y apellidos:	Parentesco:	Dirección (barrio y ciudad):	Teléfono de contacto
Nombres y apellidos:	Parentesco:	Dirección (barrio y ciudad):	Teléfono de contacto

PERSONAL (NO FAMILIAR)

Nombres y apellidos:	Dirección (barrio y ciudad):	Teléfono de contacto
Nombres y apellidos:	Dirección (barrio y ciudad):	Teléfono de contacto

FINANCIERA/LABORAL O COMERCIAL

Nombre de la entidad:	Nombre del referenciador:	Teléfono de contacto
Celular:	Dirección:	
Espacio para el (la) verificador(a) de datos		
Fecha de verificación de referencias:	Nombre de quien verifica la información:	Firma de quien verifica:

Total llam. realizas	Concepto del (la) verificador(a):	
Efectiv.:	Fallidas:	

BENEFICIARIOS Grupo familiar básico en primer grado de consanguinidad (padres hijos y cónyuge)

#	Apellidos y nombres	Documento de identidad	Fecha nacimiento	Parentesco	Teléfono	%
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
TOTAL DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL						100%

NOTA: *La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para CODELCAUCA * los costos por avalúos, IVA y seguros serán por cuenta del (los) solicitante (s)(¿). *Cualquier inexactitud en la información implicará su negación definitiva. * Esta Solicitud de productos no será tramitada sin la documentación completa.

Dejo constancia que me han suministrado información comprensible y legible sobre los deberes y derechos como asociado a la Cooperativa de los servicios financieros solicitados y que he entendido los términos y condiciones ofrecidos por CODELCAUCA. Especialmente declaro que he recibido la siguiente información; Afiliación (Portafolio de Productos, Estatuto y Reglamento Fondo de Solidaridad), Crédito (Tasa de Interés, Plazo, Comisiones, Derechos en caso de incumplimiento del deudor(es). De acuerdo con lo anterior manifiesto que conozco las condiciones de la afiliación, las cuales acepto a entera satisfacción y están sujetas a la aprobación de la solicitud de afiliación.

Así mismo me obligo a actualizar los datos más relevantes que varíen anualmente, suministrando la totalidad de soportes de los mismos, o de conformidad con las normas vigentes. Declaro que he sido entrevistado (a), que he leído, entendido y aceptado, todo lo contenido en el presente documento y certifico que la información aportada es veraz, siendo el resultado de esta entrevista y solicitud, la continuidad del proceso de solicitud de (los) producto (s) interesados.

No obstante al plazo concedido, el deudor podrá hacer pagos anticipados totales ó parciales a la obligación sin que por estos tenga que pagar algún tipo de penalidad. Los intereses se calcularán sobre saldos de capital.

Firmo la presente solicitud y otorgamiento del pagaré No: _____ en la ciudad de: _____ el día: _____ del mes: _____ el año: _____

Con la firma a continuación, se hace constar que se entrega copia de la presente solicitud al Asociado

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Documento de identidad: _____ de: _____

Firma y huella dactilar



SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS : POR QUE MEDIO SE ENTERÓ DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR CODELCAUCA:

- Radio
 Televisión
 Página web
 Facebook
 Volantes
 Periódico
 Referido (alguien conocido le comentó)
 Otro

Cuál? _____

DOCUMENTACIÓN Y REQUISITOS

Requisitos de afiliación y/o solicitud de producto

- Fotocopia de la cédula ampliada al 150%
 Dos últimos desprendibles de pago
 Fotocopia RUT(si se tiene)
 Fotocopia tarjeta de propiedad vehículos
 Constancia de ingresos (honorarios, certificación de ingresos, retención y/o constancias laborales)
 Certificado de tradición y libertad (Vigencia 30 días)
 Original de certificado de existencia y representación legal (vigencia 30 días)
 Copia de un recibo de pago de servicios públicos (Vigencia 30 días)

PARA USO EXCLUSIVO DE CODELCAUCA

ENTREVISTA ASOCIADO Con mi firma certifico el completo diligenciamiento de esta solicitud por parte del asociado y que he cumplido con las políticas y procedimientos establecidos para el conocimiento y vinculación del asociado. Así como que entrevisté personalmente al asociado y que los documentos entregados fueron validados contra los originales y son fiel copia de los mismos	<input type="text" value="Día"/> <input type="text" value="Mes"/> <input type="text" value="Año"/>	Resultado de la entrevista, (Breve Descripción) _____ _____ _____
	Nombre y Apellido del Entrevistador: _____	