

SOLICITUD DE CRÉDITO

**COOUNORTE**Fecha de solicitud: Desembolso solicitado: Línea de crédito: plazo: Nombre del asociado: N° Cedula: Fecha de Nacimiento: fecha expedición: Dirección: Ciudad: Barrio: Teléfono: Celular: Correo: Sexo: F ☐ M ☐ Tipo de vivienda: Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐ N° de personas a cargo: Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ U. Libre ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐**En caso de estar casado o en unión libre diligencie los siguientes datos:**Nombre del conyugue o compañero permanente: Celular: Correo: Empresa donde labora: **DATOS LABORALES**Empresa: Cargo: Teléfono: Sueldo básico mensual: Tipo de Contrato: Fijo ☐ Indefinido ☐Favor indicar si ha cedido porcentaje de descuento: Uninorte Sí ☐ No ☐ HUN Sí ☐ No ☐ Coouninorte Sí ☐ No ☐**INFORMACION FINANCIERA****INGRESOS MENSUALES**Ingreso Básico mensual \$ Honorarios \$ Otros ingresos \$ Total de ingresos \$ **EGRESOS MENSUALES**Arriendos \$ Gastos personales \$ Obligaciones Financieras \$ Total egresos \$ Garantías: ☐ Aportes ☐ Fondo Social Mutual de incapacidad, fallecimiento y desempleo ☐ Codeudor**Nombre del Codeudor N° 1**N° Cedula: Fecha de Expedición: Teléfono: Celular: Dirección: Barrio: Correo electrónico: Empresa donde labora: Teléfono: Sueldo básico mensual: Tipo de Contrato: Fijo ☐ Indefinido ☐Asociado de la Cooperativa: SI ☐ NO ☐**Nombre del Codeudor N° 2**N° Cedula: Fecha de Expedición: Teléfono: Celular: Dirección: Barrio: Correo electrónico: Empresa donde labora: Teléfono: Sueldo básico mensual: Tipo de Contrato: Fijo ☐ Indefinido ☐Asociado de la Cooperativa: SI ☐ NO ☐**Referencia Personal**Nombres y apellidos: Dirección: Teléfono: celular: **Referencia Familiar**Nombres y apellidos: Dirección: Teléfono: celular: **AUTORIZACION DE DESEMBOLSO**De ser aceptada la siguiente solicitud autorizo que dicho valor sea consignado en mi N° de cuenta
del Banco: de ahorros ☐ corriente ☐**En caso de suministrar una información errada autorizó a Coouninorte a descontar el valor de la transferencia para realizar nuevamente el trámite de desembolso.**

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

AUTORIZACION PARA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS COMERCIALES, DE SERVICIOS Y TERCEROS PAISES EN LA CENTRALES DE INFORMACIÓN:

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a la **COOPERATIVA MULTIACTIVA DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE "COOUNINORTE"**, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicio y de terceros países de la misma naturaleza a la **CENTRAL DE INFORMAICON-CIFIN** que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objetivo de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicio y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la **Central de Información-CIFIN** podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos.

Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de mi información en las bases de datos correspondiente a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter

público, estoy enterado. Así mismo, manifiesto que conozco el contenido del reglamento de la **CIFIN**.

En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectué, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión de cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a este en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto se ha similar al aquí establecido."

Autorizo a Coouninorte para que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para el desarrollo del objetivo social de la entidad para nuestro beneficio, conforme a la ley 1581 de 2012.

Coouninorte es una entidad vigilada por la SUPERSOLIDARIA y tiene la obligatoriedad de reportar ante las centrales de riesgos todas las obligaciones tanto a los deudores como codeudores. Lo anterior de acuerdo a la Circular Externa N° 001 del año 2.009 Capítulo II (Cartera de Créditos, numeral 2.3.2), la cual establece:

"Las organizaciones solidarias deberán reportar a las centrales de riesgo su cartera de crédito independientemente de su calificación".

DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado aquí es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos a COOUNINORTE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto a las circulares de la Superintendencia de Economía Solidaria, y normas que rigen el sistema financiero y demás normas legales concordantes con la afiliación y obligaciones de créditos.

1. Los recursos que entregue en aportaciones y pago de obligaciones provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación Profesión, oficio, actividad, negocio, etc.).
2. Declaro que los recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o normas que lo modifiquen o adicionen.
3. No admitiré que terceros efectúen abonos a mis aportes sociales, provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de estas personas.
4. En caso de infracción a lo anterior, autorizo saldar mis cuentas, eximiendo a COOUNINORTE de toda responsabilidad que se derive por información errónea o falsa.

DECLARACION SOBRE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DEL FONDO SOCIAL MUTUAL PARA INCAPACIDAD, FALLECIMIENTO Y DESEMPLEO.

Declaro como asociado y titular del crédito, que conozco el Reglamento del Fondo social mutual para incapacidad, fallecimiento y desempleo, acepto las condiciones y tasas planteadas en el reglamento de crédito artículo 16, parágrafo f y acepto todas las condiciones establecidas en el Regimnto del Fondo social mutual para incapacidad, fallecimiento y desempleo.

AUTORIZACIÓN SARLAFT

Autorizo a COOUNINORTE a realizar todas las consultas para el modelo de SARLAFT, declaro que la información consignada en esta solicitud y los documentos que se anexan corresponden a la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de los mismos, comprometiéndome a actualizar esta información como mínimo una vez al año, anexando los soportes que sean requeridos para ello, todo bajo el principio de la buena fe. Autorizo a COOUNINORTE a tomar mi impresión dactilar y fotografía personal, si es el caso, por cualquier medio físico y/o electrónico, para almacenar esta información en sus bases de datos con el fin de establecer y cotejar mi plena identificación e individualización en el uso de los productos y servicios de la cooperativa. He sido informado del carácter facultativo de la entrega de esta información que potencialmente puede ser sensible, considerando sin embargo que la misma es necesaria para garantizar la seguridad de los asociados.

DECLARACION DE PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo consignado aquí es cierto, realizo la siguiente declaración a COOUNINORTE, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la circular externa número 6 de la superintendencia de economía solidaria dejando claridad de que SI___ NO___ soy una persona políticamente expuesta, es decir servidor público del estado colombiano.

TRATAMIENTO DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013. En mi calidad titular de la información, autorizo a COOUNINORTE de manera voluntaria para que mis datos personales sean utilizados en caso de reporte de información ante entidades crediticias que administran datos y para ofrecimiento de productos y servicios de COOUNINORTE. De igual forma autorizo a COOUNINORTE para compartir información, incluyendo la transferencia y transmisión de mis datos personales para los fines relacionados con la operación de COOUNINORTE, en el desarrollo de su objeto social.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento el día _____ del mes de _____ del año _____

Firma deudor: _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Firma codeudor (1): _____

Nombre: _____

Cédula: _____

Espacio exclusivo para COOUNINORTE

Revisado:

Firma codeudor (2): _____

Nombre: _____

Cédula: _____