

SOLICITUD DE CRÉDITO

(Antes de diligenciar el presente formato, lea las recomendaciones de la última página)

FECHA DE ELABORACIÓN			LÍNEA DE CRÉDITO	<input type="radio"/> Libre Inversión	<input type="radio"/> Vehículo	<input type="radio"/> Compra de cartera	<input type="radio"/> Otra	Monto solicitado	
DD	MM	AAAA		<input type="radio"/> Destinación específica Vivienda	<input type="radio"/> Crediaportes			Plazo	Cuota

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
N° Identificación		De		Lugar y Fecha de Nacimiento		DD	MM	AAAA	Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo	
No. de personas a cargo		Nivel de estudios		Profesión						
<input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Posgrado										
Dirección residencia			Barrio		Municipio		Departamento			
Teléfono residencia		Celular		Estrato	Vive en casa <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Familiar		Correo electrónico			
Ocupación <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Independiente		Empresa donde labora o entidad pensional			Sede		Fecha Vinculación	DD	MM	AAAA
Dirección de la empresa			Municipio		Teléfono fijo		Ext.	Cargo		
Tipo de contrato <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Fijo		<input type="radio"/> Por obra o labor <input type="radio"/> Prestación de servicios		<input type="radio"/> Otro		Periodicidad de pago <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Catorcenal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Decadal <input type="radio"/> Quincenal				

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES					
Salario/ Pensión/ Ingresos netos de la actividad		Gastos Familiares		Total Activos \$ _____			
Comisiones/ Honorarios		Arrendamientos o Cuota de Vivienda					
Arrendamientos		Obligaciones Financieras		Total Pasivos \$ _____			
Otros Ingresos		Otros Egresos					
Total Ingresos		Total Egresos					
Detalle Otros Ingresos		Saldo Deudas Actuales					
Bienes raíces <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Otro - ¿Cuál?		Dirección - Ciudad		Valor Comercial	Saldo de Deuda \$	Hipoteca a favor de	
		Dirección - Ciudad		Valor Comercial	Saldo de Deuda \$	Hipoteca a favor de	
Vehículo <input type="radio"/> Moto <input type="radio"/> Carro		Modelo	Marca	Placa	Servicio	Pignorado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Entidad bancaria
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Tipo de transacción <input type="radio"/> Giros <input type="radio"/> Importaciones <input type="radio"/> Exportaciones <input type="radio"/> Otras ¿cuáles?					
¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Banco: _____		Moneda: _____		Número de cuenta: _____	
		Ciudad: _____		País: _____			

REFERENCIAS

FAMILIAR (Que no viva con usted)	Apellidos y nombres		Parentesco	Ciudad	Teléfono fijo
	Celular		Empresa donde labora	Cargo	
PERSONAL	Apellidos y nombres		Parentesco	Ciudad	Teléfono fijo
	Celular		Empresa donde labora	Cargo	

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: 1. Los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa como depósitos o para pagar provienen de: Salarios y demás pagos laborales Honorarios y comisiones Ventas Netas Intereses y rendimientos financieros Otro Cuál? _____. 2. Que los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa, no provienen de actividades ilícitas según el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. No admitiré que terceros depositen en mis cuentas, fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a la Cooperativa para cancelar las cuentas de depósito y ahorro que mantenga en ella, si se presentase infracción de mi parte de lo dicho en esta declaración y la eximo de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado o por la violación de cualquier punto en esta declaración.

INFORMACIÓN DEUDOR SOLIDARIO

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F							
N° Identificación		De		Lugar y Fecha de Nacimiento		DD		MM		AAAA		Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo			
No. de personas a cargo		Nivel de estudios <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachiller <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnólogo <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Posgrado		Profesión											
Dirección residencia				Barrio		Municipio		Departamento							
Teléfono residencia		Celular		Estrato		Vive en casa <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Familiar		Correo electrónico							
Ocupación <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Independiente		Empresa donde labora o entidad pensional				Sede		Fecha Vinculación		DD		MM		AAAA	
Dirección de la empresa				Municipio		Teléfono fijo		Ext.		Cargo					
Tipo de contrato <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Fijo		<input type="radio"/> Por obra o labor <input type="radio"/> Prestación de servicios		<input type="radio"/> Otro		Periodicidad de pago <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Decadal <input type="radio"/> Catorcenal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Mensual									

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES				EGRESOS MENSUALES									
Salario/ Pensión/ Ingresos netos de la actividad				Gastos Familiares				Total Activos \$ _____					
Comisiones/ Honorarios				Arrendamientos o Cuota de Vivienda									
Arrendamientos				Obligaciones Financieras				Total Pasivos \$ _____					
Otros Ingresos				Otros Egresos									
Total Ingresos				Total Egresos									
Detalle Otros Ingresos				Saldo Deudas Actuales									
Bienes raíces <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Otro - ¿Cuál?		Dirección - Ciudad		Valor Comercial		Saldo de Deuda \$		Hipoteca a favor de					
		Dirección - Ciudad		Valor Comercial		Saldo de Deuda \$		Hipoteca a favor de					
Vehículo <input type="radio"/> Moto <input type="radio"/> Carro		Modelo		Marca		Placa		Servicio		Pignorado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Entidad bancaria	
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Tipo de transacción <input type="radio"/> Giros <input type="radio"/> Importaciones <input type="radio"/> Exportaciones <input type="radio"/> Otras ¿cuáles?											
¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		Banco: _____		Moneda: _____		Número de cuenta: _____							
		Ciudad: _____		País: _____									

REFERENCIAS

FAMILIAR <small>(Que no viva con usted)</small>	Apellidos y nombres			Parentesco		Ciudad		Teléfono fijo	
	Celular		Empresa donde labora			Cargo			
PERSONAL	Apellidos y nombres			Parentesco		Ciudad		Teléfono fijo	
	Celular		Empresa donde labora			Cargo			

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que: 1. Los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa como depósitos o para pagar provienen de: Salarios y demás pagos laborales Honorarios y comisiones Ventas Netas Intereses y rendimientos financieros Otro Cuál? _____. 2. Que los recursos que entrego y entregaré a la Cooperativa, no provienen de actividades ilícitas según el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. 3. No admitiré que terceros depositen en mis cuentas, fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a la Cooperativa para cancelar las cuentas de depósito y ahorro que mantenga en ella, si se presentase infracción de mi parte de lo dicho en esta declaración y la eximo de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado o por la violación de cualquier punto en esta declaración.

USO EXCLUSIVO DE ORBISCOOP

DD	MM	AAAA	CONCEPTO: _____
CALIFICACIÓN SCORE			_____

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO

Certifico(amos) que la información suministrada es verídica y autorizo(amos) en forma expresa e irrevocable a ORBISCOOP, para que con fines estadísticos de la información comercial y de evaluación de riesgo en la realización de negocios financieros y de operaciones activas de crédito, consulte, procese, reporte y divulgue a las Centrales de Información de Riesgos, a las Superintendencias Financiera y Solidaria o cualquier entidad afín, todo lo relativo al nacimiento, modificación y extinción de obligaciones que directamente o indirectamente tenga(amos) contraída o contraiga(amos) en el futuro, y que tuviere su origen en servicios financieros o de servicios con ORBISCOOP, dicha autorización permanecerá vigente hasta la total extinción de la obligación a mi(nuestro) cargo por cualquier medio legal y en todo caso sin exceder de diez (10) años, sin perjuicio de lo contemplado en las disposiciones legales vigentes.

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo irrevocablemente a ORBISCOOP para debitar de los depósitos que posea en la entidad, sin previo aviso, cualquier suma de dinero para cubrir las cuotas que se deriven de las obligaciones o el pago parcial o absoluto de los saldos vencidos y en mora de las mismas. De igual manera para cubrir los aportes mínimos requeridos y demás conceptos a que haya lugar.

PLAN DE AMORTIZACIÓN

Acepto(amos) que conozco(amos) ampliamente el PLAN DE PAGOS y la asignación de las cuotas ordinarias o extras, definidas en la asesoría de crédito y autorizadas por mí.

Tengo(emos) total entendimiento de los términos y condiciones del Contrato de Crédito que pretendo(emos) celebrar, conozco(amos) la tasa de interés, la base del capital sobre el cual se aplicará la tasa de interés y el plazo, según el Reglamento de Crédito de la Cooperativa.

VERACIDAD Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Hago(amos) constar que la información suministrada para efectos de la aprobación y acceso a los productos y servicio de ORBISCOOP, es veraz y verificable, que conozco(amos) la obligación legal de actualizar esta información como mínimo una vez al año o cuando la Cooperativa lo requiera de manera voluntaria y oportuna, cuando surja algún cambio y de no hacerlo, acepto(amos) el bloqueo de mis productos y servicios. Si transcurridos 15 días, a partir del bloqueo, no he(amos) respondido al llamado de actualizar los datos acepto(amos) la cancelación de mis productos y servicios.

ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo(amos) a ORBISCOOP para enviar(nos) correspondencia y mensajes de voz o de texto, relacionados con los productos y servicios financieros contratados con la Entidad, para fines legales, comerciales o de cobranza a los teléfonos, direcciones y correos electrónicos que tenga(amos) registrados.

Marque con una X donde desea recibir la correspondencia

Solicitante: Correo Electrónico Residencia Empresa

GESTIÓN DE COBRANZA

El (los) suscrito(s), para todos los efectos que haya lugar, declaro(amos) que:

1. Recibi(amos) información clara, precisa y de fácil comprensión sobre las políticas y mecanismos implementados por la Cooperativa para realizar la gestión de cobranza administrativa, jurídica y prejurídica en caso que se requiera.

2. Tengo (Tenemos) claro que en caso de incurrir en mora, la Cooperativa podrá iniciar inmediatamente la gestión de cobro tanto al deudor como al (los) deudor(es) solidario(s), a través de llamadas telefónicas y, de ser necesario, por escrito en las direcciones registradas en la base de datos de la Cooperativa.
3. Conozco(amos) que la gestión de cobranza administrativa será realizada por empleados de la Cooperativa, caso en el cual el único costo adicional que asumiré(amos) será el de los intereses por mora; si la mora persiste, se dará traslado de la obligación a los Abogados Externos. Luego del traslado al Abogado, además de los intereses por mora, asumiré(amos) honorarios y gastos de cobranza.
4. Autorizo(amos) a la Cooperativa para que, a través de sus empleados o de los Abogados Externos, realice llamadas telefónicas en los horarios que tengan definidos, orientados a obtener la recuperación de la cartera. También, para que en el desarrollo de esta labor, puedan dejarme(nos) mensajes indicando el nombre de la entidad, del empleado que realiza la llamada y el número telefónico.
5. Se (Sabemos) que los empleados de la Cooperativa que realizan la gestión de cobro y los Abogados Externos contratados por ésta, tienen la facultad para aceptar acuerdos de pago, los cuales deben quedar por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes autorizo como Titular de los datos, para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ORBISCOOP A Y C., para que sean tratados con la finalidad de: realizar gestión administrativa, fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, gestión de cobros y pagos, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, marketing, encuestas de opinión, prospección comercial, publicidad propia, segmentación de mercados, venta a distancia, consulta y reporte en centrales de riesgo, reporte del cumplimiento o incumplimiento de obligaciones financieras, gestión de tarjetas de crédito o similares, gestión de servicios de solvencia patrimonial y crédito, cuentas de depósito y/o de crédito, remisión de información a los titulares, relacionada con el objeto social de la Cooperativa, suministrar información acerca de sus operaciones a las centrales de riesgo legalmente establecidas, a los Entes de vigilancia y control, y demás Entidades gubernamentales.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante un escrito dirigido al COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE AHORRO Y CRÉDITO ORBISCOOP A Y C., a la dirección de correo electrónico protecciondatos@coopintuco.com, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a Calle 19 A 43B 41, Medellín, Colombia.

La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar en la página web www.orbiscoop.com o acceder a través del siguiente correo electrónico: protecciondatos@coopintuco.com

OTRAS AUTORIZACIONES

Autorizo(amos) a ORBISCOOP para que en caso de que esta solicitud sea negada, no me devuelva y destruya todos los documentos que he (hemos) presentado. La Cooperativa se hará responsable por la destrucción de los documentos.

Doy (Damos) además, como garantía las aportaciones y depósitos que poseo(emos) o llegue(amos) a poseer en ORBISCOOP y los autorizo (autorizamos) para que con cargo a éstas, automáticamente se abone el saldo de las obligaciones por cualquier eventualidad que acontezca.

En caso de que el pago se pacte por deducción de nómina, autorizo (autorizamos) a ORBISCOOP, para que al momento de terminación, de mí (nuestro) contrato laboral, reliquide la obligación cambiando el valor, la tasa de interés y la periodicidad de las cuotas, conservando para el vencimiento el plazo inicialmente pactado.

En consecuencia firmo (firmamos) este documento en constancia de haber leído, entendido y aceptado su contenido y las autorizaciones sugeridas en forma libre y para uso exclusivo de ORBISCOOP.

Nombre Deudor:

C.C: _____

HUELLA ÍNDICE DERECHO

FIRMA

Nombre Deudor Solidario:

C.C: _____

HUELLA ÍNDICE DERECHO

FIRMA

OBSERVACIONES ORBISCOOP

RECOMENDACIONES PARA DILIGENCIAR SU SOLICITUD

1. Diligenciar completamente la solicitud, con letra legible, con tinta negra y sin enmendaduras. En los campos que no aplique, anote N/A.
2. La información de ingresos y egresos debe corresponder a la situación actual.
3. Los gastos familiares como transporte, alimentación, educación, recreación, entre otros, deben quedar separados de las obligaciones financieras.
4. El total de activos corresponde a la sumatoria de los bienes que aparecen a su nombre, tales como casas, apartamentos, fincas, vehículos, ahorros, inversiones, entre otros.
5. El total de pasivos corresponde a las deudas que tenga a su nombre con entidades financieras, su empresa u otros acreedores.
6. La referencia familiar debe corresponder a alguien que no viva con usted.
7. La referencia personal debe corresponder a alguien diferente a su familia, no incluya suegros, ni cuñados. Debe ser una persona que viva en su ciudad de residencia y con quien mantenga un contacto frecuente, como compañero de trabajo, amigo o vecino.
8. Es necesario que le informe a sus referencias que consignará sus datos en la solicitud y que un empleado de la Cooperativa le contactará para la respectiva verificación. Estas personas deben ser de fácil ubicación para no demorar su trámite.
9. En la declaración de origen de fondos se debe señalar con una x la fuente de origen de los ingresos que puede ser por salarios, pensión, comisiones, giros, actividades comerciales, entre otras.
10. La Carta de Instrucciones, el Pagaré y la Libranza no se deben diligenciar. Estos documentos sólo deben llevar los datos que se solicitan en la parte inferior de cada formato: Nombre, firma, cédula y huella del índice derecho, la cual debe quedar nítida (utilice huelleros de tinta negra).
11. En el formato de la póliza vida deudores, se debe diligenciar completamente los campos de información de asegurado principal, declaración de asegurabilidad y firma.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA CRÉDITOS DE CONSUMO

Para Deudor:

1. Dos últimas colillas de pago y carta laboral.
2. Formato de póliza vida deudores.
3. Para créditos de compra de cartera se requiere los extractos de las obligaciones a cancelar.

En caso de requerirse deudor solidario:

4. Dos últimas colillas de pago.
5. Si el deudor solidario no es empleado del Grupo Orbis debe anexar carta laboral con fecha de expedición no mayor a 30 días.
6. Fotocopia de la cédula.

INSTANCIA QUE APROBÓ EL CRÉDITO

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN				COMITÉ DE CRÉDITO				GERENCIA			
ACTA N°				ACTA N°				FIRMA			
FECHA APROBACIÓN	DD	MM	AAAA	FECHA APROBACIÓN	DD	MM	AAAA	FECHA APROBACIÓN	DD	MM	AAAA

Cooperativa Especializada de Ahorro y Crédito

Orbiscoop

A y C

Nit. 890.907.772-0

• Línea única: 322 5122 •

