



**COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREAMFAM  
"COOCREAMFAM"**

Diligenciar en letra impresa, con tinta negra,  
sin tachones, borrones o enmendaduras

- Ingreso como Asociado
- Solicitud de Crédito
- Actualización de datos
- Codeudor

Agencia	Fecha				Cuenta No.
	AAAA	MM	DD	HORA	

**Medio por el cual conoció a COOCREAMFAM**

**Publicidad:** Prensa \_\_\_ Radio \_\_\_ Televisión \_\_\_ Otro \_\_\_

**Recomendado por** \_\_\_\_\_

J

**INFORMACIÓN CRÉDITO SOLICITADO**

MONTO DEL PRÉSTAMO \$	DESTINO	LINEA
TIPO DE GARANTÍA	PLAZO	FORMA DE PAGO Efectivo ___ Débito de Cuenta ___

**INFORMACIÓN BÁSICA**

Razón Social (como aparece en el RUT)			
SIGLA	Registro Mercantil No.	NIT. Número	Tipo de Empresa Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
Fecha de constitución AAAA MM DD	Tipo de constitución LTDA. <input type="checkbox"/> S.A. <input type="checkbox"/> SCA. <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cual ? _____		
Actividad Económica	Código CIU	N° de sucursales	N° de empleados permanentes
Calidad del contribuyente Renta Régimen Especial <input type="checkbox"/> Renta Régimen Ordinario <input type="checkbox"/> No Contribuyente <input type="checkbox"/>	Autorretención: ¿Es Autorretenedor por rendimientos financieros? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Resolución N° _____		
Sede Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Otra _____	Dirección de la Oficina Principal (Domicilio)		
Ciudad	Departamento	Teléfono	Fax
Dirección para envío de Correspondencia		Ciudad	Correo Electrónico

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombres y Apellidos		Tipo de documento de identidad C.C. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
N° del documento de identidad	Lugar y fecha de Expedición	Teléfono	No. Celular
Dirección Domicilio		Departamento	Municipio

**REFERENCIAS COMERCIALES**

Establecimiento	Ciudad (Municipio)	Teléfono
Establecimiento	Ciudad (Municipio)	Teléfono

**SI USTED VA A SER CODEUDOR, AMPARADOR O REPRESENTANTE LEGAL DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO**

Diligencie los datos de la persona a la que usted va a respaldar →	NOMBRE DEL DEUDOR	IDENTIFICACIÓN	SOLICITUD No.
--	-------------------	----------------	---------------

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

**DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS - BIENES INMUEBLES**

Tipo de propiedad	Matrícula Inmobiliaria	Dirección
Departamento	Municipio / Ciudad	
	Barrio/ Vereda	
Valor Comercial	Hipoteca Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A favor de
	Valor Hipotecado:	
Tipo de propiedad	Matrícula Inmobiliaria	Dirección
Departamento	Municipio / Ciudad	
	Barrio/ Vereda	
Valor Comercial	Hipoteca Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A favor de
	Valor Hipotecado:	

SOLICITUD DE SERVICIOS PERSONA JURÍDICA

VICILADA SUPERSOLIDARIA



**VEHÍCULO**

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Placa
Valor Comercial	Pignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A favor de	Valor Pignorado:
Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Placa
Valor Comercial	Pignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A favor de	Valor Pignorado:
Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Placa
Valor Comercial	Pignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A favor de	Valor Pignorado:

**OTROS BIENES**

Tipo de Bien	Ubicación del Bien
Título Valor <input type="checkbox"/> Semovientes <input type="checkbox"/> Maquinaria y Equipos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
Valor Comercial	Pignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	A favor de
	Valor Pignorado:

**RESUMEN BALANCE**

VALOR ACTIVO \$	VALOR PASIVO \$	VALOR PATRIMONIO \$
PROMEDIO INGRESOS O VENTAS MENSUALES \$	TOTAL COSTOS O GASTOS MENSUALES \$	
Realiza operaciones en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles _____		Posee cuentas en moneda extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
No. cuenta	Banco	País / Ciudad
		Moneda

**DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL ESTUDIO DEL CRÉDITO****DOCUMENTOS SOLICITADOS**

- Solicitud de crédito firmada y debidamente diligenciada
- Fotocopia documento de identidad del Deudor y codeudores
- Extracto Bancario último trimestre
- Certificado de Existencia y Representación Legal y/o Registro Mercantil con una vigencia no superior a 30 días
- Declaración de Renta de los últimos dos años
- Estados financieros de los dos últimos años
- Autorización de la Junta Directiva para realizar la solicitud del crédito, en la cual se especifica el monto (Si no está facultado)
- Fotocopia de la cédula del Representante Legal
- Fotocopia del RUT.

**SI RELACIONA ACTIVOS EN LA SOLICITUD POR FAVOR ANEXE:**

- Certificado de Tradición y Libertad no mayor a 30 días de expedición
- Fotocopia de la tarjeta de propiedad de los vehículos
- Fotocopia del Impuesto Predial actualizado
- Si posee otros activos presentar documento donde se pueda comprobar la existencia de éstos

## 1 DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS, MANEJO DE CUENTAS Y EN GENERAL DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS OFRECIDOS POR COOCREAFAM

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado con el documento de identidad N° \_\_\_\_\_ expedido en \_\_\_\_\_

Brando en nombre y en representación de \_\_\_\_\_ de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a COOCREAFAM con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Básica Jurídica 007 de 2003 expedida por la Superintendencia de la Economía Solidaria, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), Ley 190 de 1995 Estatuto Anticorrupción y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorros y certificados de depósito a término.

1, Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalles de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.):

2. Declaro que los recursos que entregue no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. Manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con 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 o a favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo a COOCREAFAM para cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en el caso de infracción de cualquiera de las obligaciones señaladas en los numerales anteriores de este documento, así como la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento e igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

## 2 AUTORIZACIÓN DE CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo expresamente a COOCREAFAM para que, con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, reporte y/o solicite a cualquier entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el surgimiento, modificación, incumplimiento y extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o posterioridad a esta vinculación, en especial, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros y en general, mi comportamiento como Asociado. La presente autorización comprende no sólo la facultad de reportar, procesar y divulgar, sino también la de solicitar información sobre mis relaciones comerciales con cualquier entidad Financiera.

Así mismo, autorizo a COOCREAFAM para que se me notifique el estado de las obligaciones de crédito, dando cumplimiento a la Ley de Habeas Data o con fines comerciales, de confirmación de transacciones, de seguridad o de cualquiera otra índole que estime deba (amos) conocer, me envíe información por cualquiera de los siguientes medios que se encuentren registrados en sus bases de datos: teléfonos fijos y celulares, correo electrónico, dirección de residencia y de correspondencia o cualquier otro medio virtual y demás posibles

## 3 AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo irrevocablemente a "COOCREAFAM" para debitar de los depósitos que mi representada 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.

## 4 PLAN DE AMORTIZACIÓN

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

Tengo total entendimiento de los términos y condiciones del Contrato de Crédito que pretendo celebrar, conozco la tasa de interés, la base del capital sobre la cual se aplicará la tasa de interés y las demás que se contemplan según los Estatutos de la Cooperativa.

## 5 OTRAS AUTORIZACIONES

En mi calidad de codeudor solidario del Cupo Rotativo a nombre del Asociado \_\_\_\_\_ Manifiesto que respaldaré todos los desembolsos que sobre este se efectúen o sobre las renovaciones del mismo. En caso de no desear continuar respaldándolo me obligó a notificarlo por escrito y oportunamente a la Cooperativa.

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

Autorizo a COOCREAFAM para que una vez aprobada mi solicitud de crédito, dicho valor sea desembolsado con abono en la cuenta No. \_\_\_\_\_

## 6 OTRAS ACLARACIONES

\* Manifiesto que conozco y acataré las leyes, estatutos y normas y que he recibido los reglamentos que rigen la Cooperativa. De igual manera, acataré las decisiones que en desarrollo de sus actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración.

\* Estoy ampliamente enterado de que COOCREAFAM a través de una aseguradora tomará una póliza de seguro de vida sobre aportaciones, depósitos y créditos amparando contra el riesgo de muerte a los titulares, luego de que la Aseguradora realice el estudio pertinente y autorice la inclusión en la póliza y que cumplan con los requisitos de Asegurabilidad. Por tal motivo, la Cooperativa no será responsable del pago por la negociación de un siniestro. COOCREAFAM se reserva el derecho de cancelar o modificar la póliza de seguro en cualquier momento sin previa notificación al Asociado y sin que haya lugar al pago de indemnizaciones por este suceso.

\* COOCREAFAM se reserva el derecho de aceptar o rechazar la presente solicitud, sin estar obligada a suministrar las razones que motivaron tal decisión. El diligenciamiento de este formulario no constituye oferta comercial alguna.

## 7 VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

Firmo este documento en constancia de haberlo leído, manifiesto que lo acepto en todas sus partes, incluso las declaraciones y autorizaciones sugeridas en forma libre, contenidas en los puntos 1 al 7 de este formulario y para uso exclusivo de COOCREAFAM.

Nombre y Apellidos

Firma del representante legal y sello  
C.C.

Huella Dactilar

