

Formato de Afiliación y Solicitud de Crédito y Servicios

www.counisangil.com

Fecha de solicitud DD / MM / AAAA		Oficina		Producto de Crédito		Monto Solicitado \$		Plazo (Meses)		Radicado		Afiliación: <input type="checkbox"/>	
Modalidad pago cuota		Fecha de pago: Mes de inicio _____		Periodo de Gracia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Valor aportes sociales				Renovación Crédito: <input type="checkbox"/>		Actualización: <input type="checkbox"/>	
Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>		Día: 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>		Meses _____		\$							
ASOCIADO Y/O DEUDOR													
INFORMACIÓN PERSONAL													
Nombres y Apellidos				Identificación C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número		Lugar de expedición		Fecha de expedición DD / MM / AAAA			
Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA		Lugar de nacimiento Ciudad		Departamento		Nacionalidad		Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		Cabeza de familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nº de personas a cargo Adulto _____ Menores de 18 años _____		Dirección de residencia Ciudad		Departamento					
Sisben Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estrato		Teléfono Fijo		Celular		Correo electrónico		Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>			
Tiempo residencial actual: Años _____ Meses _____		Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro: _____		Unicamente para crédito educativo: Programa: _____		Semestre: _____		Universidad: _____					
INFORMACIÓN LABORAL													
Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Nombre de la empresa		Actividad económica de la empresa o del independiente		Dirección laboral o del local comercial		Ciudad					
Pensionado <input type="checkbox"/> Dependiente económicamente <input type="checkbox"/>		Departamento		Teléfono		Cargo u oficio desempeñado		Fecha de vinculación laboral o creación del negocio DD / MM / AAAA		Tipo de contrato (Aplica para empleado): Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra labor <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN FINANCIERA													
INGRESOS MENSUALES						EGRESOS MENSUALES							
Salario/ honorarios/ Pensiones		\$		Gastos personales		\$							
Arriendos		\$		Obligaciones crediticias		\$							
Otros, descríbalos:		\$		Otros, descríbalos:		\$							
Total ingresos		\$		Total Egresos		\$							
Activos (Valor estimado de todos sus bienes)		\$		Pasivos (Valor total que suman las deudas)		\$							
¿Realiza operaciones internacionales y/o recibe giros o remesas en moneda extranjera?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Posee cuentas en moneda extranjera?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Maneja dineros públicos y/o es contratista de la nación, departamento, municipio o alguna entidad pública?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Se considera usted una persona expuesta pública y/o políticamente?	
												Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Considera usted que algún integrante de su familia (hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad), es una persona pública y/o políticamente expuesta?, en caso afirmativo indique nombre y parentesco.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre		Parentesco						<p style="text-align: center;">Persona Expuesta Políticamente</p> <p>Es aquella persona que ejerce o ha ejercido cargos públicos o maneja recursos del estado como, Alcalde, Gobernador, etc.</p> <p style="text-align: center;">Persona Expuesta Públicamente:</p> <p>Persona de reconocimiento nacional o internacional como, actores, deportistas, entre otros.</p>	
REFERENCIAS (Que no vivan con el solicitante)													
Personal: Nombre		Vínculo		Ciudad		Teléfono							
Familiar: Nombre		Vínculo		Ciudad		Teléfono							
DEUDOR SOLIDARIO (PARA LOS MENORES DE EDAD EL DEUDOR SOLIDARIO, DEBE SER SU PADRE O MADRE, O EL TUTOR Ó REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE AUTORIZADO)													
INFORMACIÓN PERSONAL													
Nombres y Apellidos				Identificación C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Número		Lugar de expedición		Fecha de expedición DD / MM / AAAA			
Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA		Lugar de nacimiento Ciudad		Departamento		Nacionalidad		Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		Cabeza de familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nº de personas a cargo Adulto _____ Menores de 18 años _____		Dirección de residencia Ciudad		Departamento					
Sisben Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Estrato		Teléfono Fijo		Celular		Correo electrónico		Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>			
Tiempo residencial actual: Años _____ Meses _____		Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro: _____		Unicamente para crédito educativo: Programa: _____		Semestre: _____		Universidad: _____					
INFORMACIÓN LABORAL													
Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Nombre de la empresa		Actividad económica de la empresa o del independiente		Dirección laboral o del local comercial		Ciudad					
Pensionado <input type="checkbox"/> Dependiente económicamente <input type="checkbox"/>		Departamento		Teléfono		Cargo u oficio desempeñado		Fecha de vinculación laboral o creación del negocio DD / MM / AAAA		Tipo de contrato (Aplica para empleado): Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra labor <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN FINANCIERA													
INGRESOS MENSUALES						EGRESOS MENSUALES							
Salario/ honorarios/ Pensiones		\$		Gastos personales		\$							
Arriendos		\$		Obligaciones crediticias		\$							
Otros, descríbalos:		\$		Otros, descríbalos:		\$							
Total ingresos		\$		Total Egresos		\$							
Activos (Valor estimado de todos sus bienes)		\$		Pasivos (Valor total que suman las deudas)		\$							
¿Realiza operaciones internacionales y/o recibe giros o remesas en moneda extranjera?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Posee cuentas en moneda extranjera?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Maneja dineros públicos y/o es contratista de la nación, departamento, municipio o alguna entidad pública?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Se considera usted una persona expuesta pública y/o políticamente?	
												Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Considera usted que algún integrante de su familia (hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad), es una persona pública y/o políticamente expuesta?, en caso afirmativo indique nombre y parentesco.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre		Parentesco						<p style="text-align: center;">Persona Expuesta Políticamente</p> <p>Es aquella persona que ejerce o ha ejercido cargos públicos o maneja recursos del estado como, Alcalde, Gobernador, etc.</p> <p style="text-align: center;">Persona Expuesta Públicamente:</p> <p>Persona de reconocimiento nacional o internacional como, actores, deportistas, entre otros.</p>	
REFERENCIAS (Que no vivan con el solicitante)													
Personal: Nombre		Vínculo		Ciudad		Teléfono							
Familiar: Nombre		Vínculo		Ciudad		Teléfono							

CONSENTIMIENTO DE VINCULACIÓN

Manifiesto mi voluntad de pertenecer como asociado(a) a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL a partir del mes _____ de 20____ para lo cual me permito suministrar la información requerida, para el estudio y aprobación de esta solicitud. Igualmente me comprometo a cumplir con los estatutos y demás normas de la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, con el pago de los aportes ordinarios que rigen para todos los asociados, así: valor aporte inicial: \$ _____ aporte anual: \$ _____

CONSENTIMIENTO PARA INCLUIR APORTES EN MORA

Autorizo sean incluidos en la financiación del crédito que estoy solicitando, los aportes que tengo en mora por la suma de \$ _____.

AUTORIZACIONES

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: En cumplimiento de las normas legales para la solicitud de productos de la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, declaro que mis ingresos son de origen lícito y son fondos propios, que provienen de: **Deudor** _____ **Deudor Solidario** _____

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN: Autorizo de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, a quien represente, o a quien esta ceda sus derechos, o a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos, o a quien ceda sus obligaciones, o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y administradoras de pensiones y/o demás operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, y a los que tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas en las presentes autorizaciones y declaraciones. Manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad, por consiguiente autorizo que estos sean recolectados, almacenados, usados, circulados, tramitados o transferidos a terceros para las siguientes finalidades principales:

- * El cumplimiento de los deberes legales y el ejercicio de los derechos contractuales de la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, la comunicación y envío de información sobre otros productos y servicios de financiación, actividades comerciales promocionales y de mercadeo.
- * Información sobre otros productos y servicios ofrecidos por terceros vinculados o relacionados con convenios con la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, asociados aliados estratégicos, los cuales se detallan en el "Aviso de privacidad" de la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL y puede consultar en www.counisangil.com.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A OPERADORES Y/O CENTRALES DE INFORMACIÓN: Igualmente autorizo a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL para que con fines estadísticos, de control, supervisión, desarrollo de herramientas que prevengan el fraude y de conocimiento de mi comportamiento financiero y crediticio, reporte a operadores y/o centrales de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de créditos, saldos de mis obligaciones crediticias y estado de mora, así como todas aquellas que surjan por cualquier vínculo que posea con la entidad. Adicionalmente autorizo a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL para solicitar, consultar y obtener mi información financiera, datos de seguridad social y parafiscales que se encuentren en centrales u operadores de información o cualquier entidad autorizada para tratar mis datos, con el fin de evaluar las solicitudes de productos y/o servicios.

AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA: Autorizo a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL a realizar la renovación automática de los crédito educativos hasta la culminación del programa de estudio; así mismo entiendo y acepto en el evento que el deudor solidario no desee continuar respaldando los créditos del titular, deberá notificarlo por escrito a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, la cual evaluará la viabilidad de proceder con la desvinculación del deudor solidario y las condiciones que apliquen.

AUTORIZACIÓN DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS: La COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL esta libremente facultada para aceptar o negar la solicitud de crédito contenida en el presente documento. En el caso que los productos solicitados correspondan a cupos de crédito, acepto que sean revocables en cualquier momento. En caso de que la presente solicitud sea negada, autorizo irrevocablemente que los documentos que entregué para el estudio, sean destruidos en caso de no reclamarlos dentro de los (15) días calendario siguientes a la decisión de rechazo. Si dentro de los (60) días siguientes a la cancelación total de la obligación adquirida con la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL no realizo la solicitud de devolución de las garantías constituidas, autorizo a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL a proceder con la destrucción de estos documentos.

AUTORIZACIÓN DE GRABACIÓN DE LLAMADAS: Autorizo de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL a grabar y conservar en cintas magnetofónicas, registros digitales o cualquier otro medio que consideren idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas, o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL y/o las entidades externas que la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL autorice, la información así obtenida y recopilada será sujeta a reserva en la forma prevista por la ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por las entidades así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad, o cualquier otro propósito comercial.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN: En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, declaro que he sido informado de manera clara y expresa de las finalidades con que se recopilan mis datos, del derecho a conocer, actualizar, corregir o suprimir la información entregada, así como que la Política de Protección de Datos se encuentra disponible en la página web www.counisangil.com. Así mismo, he sido informado que en el evento que no desee recibir información comercial o publicitaria proveniente de la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL podrá manifestarlo a través de cualquiera de los canales dispuestos por la entidad.

DECLARACIÓN INFORMACIÓN SOBRE LAS CONDICIONES DE CRÉDITO: Declaro que la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL me ha dado a conocer que la información referente a los términos y condiciones de otorgamiento de crédito que se encuentran disponibles en la página web www.counisangil.com, acepto y entiendo estas condiciones, especialmente en lo referente a: tasa de Interés, periodicidad, comisiones, recargos, plazos de crédito, condiciones de prepago, derechos y obligaciones del deudor y deudor solidario, tarifas y costos asociados a los productos solicitados, así mismo entiendo que los mismos serán ratificados en la notificación realizada por los canales que la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL disponga.

Autorizo expresa e incondicionalmente a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL, para que me contacte y suministre información mediante los canales de comunicación que disponga, tales como correos electrónicos, mensajes de texto, comunicaciones escritas y llamadas telefónicas, aplicando la normatividad legal que corresponda. Manifiesto que he leído, comprendido, conozco y acepto las condiciones generales de aprobación de crédito que se me ponen de presente y las establecidas en las políticas y reglamento de crédito de la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL las cuales se pueden consultar en www.counisangil.com, igualmente me comprometo a consultar y acatar en su totalidad el plan de pagos del crédito solicitado, que se publica en la página WEB, o mediante los canales que disponga la Cooperativa, una vez se informe su aprobación. Así mismo manifiesto expresamente que la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL entenderá que acepto sin ninguna restricción el plan de pagos, si no formulo ninguna observación antes de que se efectúe el desembolso del crédito.

CERTIFICACION DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA: Bajo la gravedad de juramento certifico que la información suministrada, es veraz, exacta, actualizada y comprobable, que reconozco la obligación legal de actualizar esta información como mínimo una vez al año o en caso de requerir actualización me comprometo a reportar oportunamente cuando sea necesario, por tanto cualquier error en la información suministrada por mí, será de mi única y exclusiva responsabilidad, lo que exonera a la COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL de la responsabilidad ante terceros por la información aquí consignada; habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior.

Para constancia firmo:

Firma y huella del Asociado y/o Deudor
C.C.


Índice derecho

Firma y huella del Deudor Solidario y/o Tutor ó Representante
C.C.


Índice derecho

ESPACIO EXCLUSIVO COOPERATIVA UNIVERSITARIA DE SAN GIL COUNISANGIL (DATOS DE ASESOR Y FECHA DE RADICACIÓN DE DOCUMENTOS)

_____ Nombre del asesor o funcionario que recibe los documentos	_____ Firma del asesor o funcionario que recibe los documentos	_____ Fecha
--	---	----------------

OBSERVACIONES/ENTREVISTA

_____ Nombre del empleado que realiza entrevista
_____ Cargo del empleado
_____ Firma

ESPACIO DE APROBACIÓN

Estamento autorizado de la aprobación		Fecha	Acta No.	Aprobada <input type="radio"/>	Recomendada <input type="radio"/>	Aplazada <input type="radio"/>	Negada <input type="radio"/>
Valor aprobado:	Plazo (meses)	Tasa N.A.	Firmas Autorizadas				
Propósito del crédito:							
Observaciones:							
Nombre:							
Fecha:							

