



Cooperativa Fraternidad
Sacerdotal Ltda.

NIT. 890.982.420-2

SOLICITUD PRODUCTOS PERSONA JURÍDICA

Favor diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.

Todos los campos son obligatorios, si no cuenta con algún dato por favor trace una línea horizontal en el campo respectivo



SC-CER 401191



PRODUCTOS SOLICITADOS	VINCULACIÓN <input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	CRÉDITO <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------------------	--	----------------------------------

Ciudad / Municipio _____	Fecha Solicitud	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Hora <input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------	----------------------

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE							
Nombre o Razón Social				NIT.		Tipo de Empresa Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	
CIU <input type="text"/>		Actividad Económica Principal		CIU <input type="text"/>		Actividad Económica Secundaria	
País de Constitución		Decreto de Creación	Nº de Empleados		Tipo de Retención Autoretenedor <input type="checkbox"/> Sujeto de Retención <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/>		
Dirección de la Entidad (Oficina Principal)				Municipio			
Departamento			Teléfono			Celular	
Envío de Correspondencia Física <input type="checkbox"/> Electrónica <input type="checkbox"/>				Correo Electrónico			

INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA ENTIDAD				
Tipo de cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		Número de Cuenta	Banco	Ciudad Apertura Cuenta
Ingresos Mensuales \$		Egresos Mensuales \$	Ingresos no Operacionales Mensuales \$	Egresos no Operacionales Mensuales \$
Detalle de Ingresos no Operacionales				
Otros Ingresos Demostrables \$				
TOTAL ACTIVOS \$		TOTAL PASIVOS \$		TOTAL PATRIMONIO \$

OPERACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA	
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Prestaciones <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Otras ¿Cuáles? _____	
¿Posee cuentas en moneda extranjera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
N°. de Cuenta: _____	Ciudad: _____
Banco: _____	País: _____
Nombre del Representante legal	
Moneda: _____	

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL			
Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido
Nº de Doc. de Identidad		Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Lugar de Nacimiento	Departamento	Personas a Cargo	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Profesión u Oficio Sacerdote <input type="checkbox"/> Religioso (a) <input type="checkbox"/> Diácono <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>	Nivel de Estudio Bachiller <input type="checkbox"/> Formación Convento <input type="checkbox"/> Formación Seminario <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Tecnología <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>	Fecha de Expedición Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
Título Obtenido		Tipo Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>	
Dirección de Residencia		Municipio	Departamento
Celular		Teléfono	Fecha de Vinculación a la Empresa Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Nombre y Apellidos Referencia Familiar (Que no viva con usted)			Teléfono Referencia Familiar
Nombre y Apellidos Referencia Personal (Que no viva con usted)			Teléfono Referencia Personal

INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SOLICITUD DE CRÉDITO

LINEA CRÉDITO	MONTO SOLICITADOS\$	PLAZO (MESES)	GARANTÍA Personal <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> CDAT <input type="checkbox"/> Pagaré <input type="checkbox"/>
---------------	---------------------	---------------	---

DESTINACIÓN DEL CRÉDITO**INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO**

Autorizo a la Cooperativa para consignar el valor del crédito en:

Si seleccionó Cuenta Tercero, por favor diligenciar el formato de beneficiario final.

Mi cuenta Bancaria

Cuenta Tercero

Efectivo

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que los recursos que entrego y entregaré en depósitos o para cancelar obligaciones en nombre de la entidad que represento, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma. Declaro que los ingresos y bienes de la entidad que represento provienen del desarrollo de su (s) actividad (es) económica (s). No permitiré que terceros efectúen depósitos en cuentas o cancelen obligaciones a nombre de la entidad que represento, con fondos ilícitos, según lo contemplado por el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma que lo modifique o adicione. La entidad que represento no destinará los recursos que reciba de la Cooperativa, para actividades ilícitas relacionadas aparente o activamente con el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. Autorizo a saldar las cuentas y depósitos de cualquier tipo, que tenga en la Cooperativa de la entidad que represento y en caso de infracción o falsedad de cualquiera de los numerales incluidos en este documento, se exonera a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive de información errónea o falsa que se hubiese proporcionado en este documento o de la violación de los compromisos aquí adquiridos.

CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y sus normas reglamentarias, autorizo expresamente para que los datos personales y los datos biométricos (huella dactilar y fotografías) sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA FRATERNIDAD SACERDOTAL LTDA (COOFRASA), para que sean tratados con la finalidad de capacitación, educación y cultura, finalidades varias, gestión contable y financiera, marketing, publicidad y prospección comercial, servicios económico-financieros y seguros, trabajo social, además que las fotografías y videos puedan ser utilizadas en medios impresos, medios audiovisuales y redes sociales. Conozco que la entidad que represento, podrá ejercer sus derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de los datos, con un escrito dirigido a la COOPERATIVA FRATERNIDAD SACERDOTAL LTDA (COOFRASA), a la dirección de correo electrónico PROTECCIONDATOS@COOFRASA.COOP, indicando en el asunto el derecho a ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Carrera 49 Nro. 57 – 51 local 204, Centro Comercial Villanueva Medellín, Antioquia.

La política de tratamiento a la que se encuentran sujetos los datos personales se podrá consultar o acceder a través del siguiente correo electrónico: PROTECCIONDATOS@COOFRASA.COOP o a través de la página web www.coofrasa.coop

ACEPTO SI NO

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN

Como representante legal, autorizo a la COOPERATIVA FRATERNIDAD SACERDOTAL LTDA (COOFRASA), para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones relacionadas con las obligaciones en calidad de asociado y recibir información de campañas comerciales, a través de cualquier medio de comunicación según la información suministrada en este formato.

(puede marcar una o todas las opciones):

El costo de los mensajes enviados será asumido por la Cooperativa.

ACEPTO SI NO

Correo Electrónico

Teléfono Celular

Físico

AUTORIZACIONES, ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**En nombre de la entidad que represento:**

- Autorizo a la Cooperativa Fraternidad Sacerdotal Ltda., para que a través de la cuenta de ahorros efectúe operaciones débito y crédito relativas al desembolso o pago de créditos, gastos de estudio de créditos, cuotas ordinarias de aportes sociales.
- Me obligo con la Cooperativa a mantener actualizada la información suministrada de la entidad, bajo el presente formato, para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información contenida, diligenciando el formulario donde se determine.
- Certifico que la información suministrada es real y autorizo a la cooperativa para que la verifique.
- Autorizo a cancelar los productos de ahorro a favor de la entidad que represento, en los siguientes casos:
 - Cuando la información suministrada en el presente formulario no se pueda verificar y/o
 - Cuando no cumpla la obligación de actualizar por lo menos una vez al año la información referida.
- Autorizo con carácter permanente e irrevocable a la Cooperativa para consultar, ante cualquier central de riesgo, el endeudamiento en el sector financiero y comercial y la información disponible sobre el cumplimiento y el manejo dado por los compromisos adquiridos en dichos sectores.
- Igualmente autorizo de manera expresa consentimiento para reportar, procesar y consultar, ante cualquiera de las centrales de riesgo, la información y en particular sobre la relación financiera en la Cooperativa, en cuanto a los créditos vigentes y obligaciones contraídas directa o indirectamente con ustedes. Lo anterior implica que la información reportada debe permanecer en las bases de datos de las centrales de información autorizadas por la ley durante el tiempo que la misma establezca de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectúe el pago de las obligaciones, en consecuencia, las entidades del sector financiero conocerán el comportamiento presente y pasado.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este formato y haberlo comprendido con claridad, razón por la cual entiendo sus aplicaciones.

Número de Documento

Nombre Representante Legal