



Cooperativa Fraternidad  
Sacerdotal Ltda.

# SOLICITUD PRODUCTOS PERSONA NATURAL



SC-CER 401191

Favor Diligenciar en letra imprenta, sin tachones ni enmendaduras.

NIT. 890.982.420-2

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

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

Ciudad / Municipio _____	Fecha Solicitud	Día	Mes	Año	Hora	
--------------------------	-----------------	-----	-----	-----	------	--

## DATOS PERSONALES

Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Identificación	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>	N°. de Identificación	Fecha Expedición del Documento		Lugar Expedición del Documento
Fecha de Nacimiento		Lugar Nacimiento		Departamento	
Día Mes Año		Ciudad		Nacionalidad	
Profesión u Oficio		Nivel de Estudios		Sexo	
Sacerdote <input type="checkbox"/> Religioso (a) <input type="checkbox"/> Diácono <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>		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"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Título Obtenido		Número de Personas a Cargo		Estado Civil	

## INFORMACIÓN DE UBICACIÓN

Dirección Residencia		Barrio		Municipio / Ciudad Residencia		Departamento Residencia	
Estrato Socioeconómico	N°. Celular Personal			Teléfono Alternativo			
Correo Electrónico				Tipo Vivienda			
				Propia <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>			

## INFORMACIÓN LABORAL

CIU <input type="text"/>		Actividad Económica Principal		CIU <input type="text"/>		Actividad Económica Secundaria	
Fecha de Ordenación Consagración / Vinculación		Día Mes Año		Actividad Económica Secundaria, explique:			
Nombre Entidad donde Labora (Vicariato-Diócesis-Arquidiócesis-Comunidad Religiosa-Otro)				Nombre de la dependencia (Parroquia-Universidad-Colegio-Seminario-Otro)			
Dirección de la Dependencia en la que labora			Barrio		Municipio / Ciudad		Departamento
Teléfono Fijo / Celular		Cargo Actual		Tipo de Contrato		Fecha Ingreso Dependencia Actual	
				Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Obrar o Labor <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input type="checkbox"/>		Día Mes Año	
<b>Preguntas relacionadas con la clasificación PEP</b>		SI NO		Si alguna de las respuestas de su familiar es afirmativa, por favor especifique:			
¿Usted o algún miembro de su familia maneja recursos públicos?		— —		Nombres y Apellidos _____ Parentesco _____			
¿Ud o algún miembro de su familia ejerce algún grado de poder público?		— —		Nombre entidad en la cual trabaja _____ Cargo _____			

## INFORMACIÓN FINANCIERA

Tipo de cuenta		Número de cuenta		Banco		Ciudad Apertura Cuenta		
Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>								
<b>Ingresos Mensuales (salarios y honorarios)</b>			<b>Descripción de otros Ingresos mensuales</b>			<b>Egresos mensuales</b>		
Ingresos Principales		\$				Básicos		\$
Otros Ingresos Demostrables		\$				Pago cuotas Deudas		\$
<b>Total Ingresos</b>		\$				<b>Total Egresos</b>		\$
<b>TOTAL ACTIVOS \$</b>			<b>TOTAL PASIVOS \$</b>			<b>TOTAL PATRIMONIO \$</b>		

## OPERACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?		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 <input type="checkbox"/>	
¿Cuáles? _____			
¿Posee cuentas en moneda extranjera?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
N°. de Cuenta: _____		Ciudad _____	
Banco _____		País _____	
Moneda _____		Nombre y Apellidos _____	

## REFERENCIAS

<b>Referencia Familiar (Que no viva con usted)</b>		
Nombres y Apellidos		Teléfono (s) de contacto
Parentesco		
<b>Referencia Personal (Que no viva con usted)</b>		
Nombres y Apellidos		Teléfono (s) de contacto
Parentesco		

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de mi fallecimiento designo como beneficiarios de mis aportes a las siguientes personas:

**Nota:** La suma de los porcentajes designados al total de beneficiarios debe ser igual al 100%

Tipo de I.D	N° identificación	Nombres y Apellidos	Teléfono	Celular	Parentesco	Porcentaje

## INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SOLICITUD DE CRÉDITO

<b>LINEA CRÉDITO</b>	<b>MONTO SOLICITADO\$</b>	<b>PLAZO (MESES)</b>	<b>GARANTÍA</b> 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 mi nombre, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi (s) actividad (es) económica (s). No permitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas o cancelen obligaciones a mi nombre, con fondos ilícitos, según lo contemplado por el Código Penal Colombiano o en cualquier otra forma que lo modifique o adicione. No destinaré 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 y en caso de infracción o falsedad de cualquiera de los numerales incluidos en este documento, exonerar a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive de información errónea o falsa que yo 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 mis 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. Podré ejercer mis derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción de mis 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](http://www.coofrasa.coop)

ACEPTO SI  NO

## AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN

Autorizo a la COOPERATIVA FRATERNIDAD SACERDOTAL LTDA (COOFRASA), para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones relacionadas con mis 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):

Los costos serán asumidos por la Cooperativa.

ACEPTO SI  NO

Correo Electrónico

Teléfono Celular

Físico

## AUTORIZACIONES, ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Autorizo a la Cooperativa Fraternidad Sacerdotal Ltda., para que a través de mi 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 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 mi favor, 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, mi 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 mi consentimiento para reportar, procesar y consultar, ante cualquiera de las centrales de riesgo, la información y en particular sobre mi 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 mi 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 del Asociado