



COOPERAGRO E.C.
¡ Mi Apoyo, Siempre Cooperagro !

SOLICITUD DE CRÉDITO

**COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES Y PENSIONADOS DE ESTABLECIMIENTOS
DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA Y OTROS**
NIT: 860.028.966-1

Personería Jurídica No. 674 del 25 de septiembre de 1967
E-mail: info@coperagro.coop - Web: www.cooperagro.coop
Calle 97A No. 51- 29 Barrio La Castellana - PBX: 236 8111
BOGOTÁ D.C

RADICACIÓN

FECHA

DATOS GENERALES

VALOR SOLICITADO	PLAZO MESES	LÍNEA DE CRÉDITO
------------------	-------------	------------------

DESTINO DEL CRÉDITO

DILIGENCIE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD CON LETRA CLARA O IMPRENTA, ADJUNTE DESPRENDIBLE DE PAGO, FOTOCOPIA DE LA CÉDULA Y LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE ACUERDO CON SU SITUACIÓN

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo Nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Identificación No.	Tipo de identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
--------------------	---	---

Dirección residencia	Barrio
----------------------	--------

Ciudad/Municipio	Departamento	Teléfono 1
------------------	--------------	------------

Teléfono Celular	E-mail
------------------	--------

Nivel de Estudios: Primaria Secundaria Técnico - Tecnólogo Universitario Postgrado Título:

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

Situación Laboral: Empleado Independiente Pensionado Entidad:

Tipo de Vivienda: Propia Arriendo Familiar Otro Estrato No. de hijos No. personas a cargo

*Nombre del arrendador	Dirección	Teléfono
------------------------	-----------	----------

Nombre familiar asociado a Cooperagro E.C.	Teléfono
--	----------

FAVOR DILIGENCIE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

SI ES EMPLEADO DILIGENCIE	Empresa donde trabaja:	Cargo
--------------------------------------	------------------------	-------

Dirección de la Empresa:	Ciudad	Tel. Empresa	Ext.
--------------------------	--------	--------------	------

Fecha de ingreso:	Salario
-------------------	---------

Tipo de contrato: Término fijo <input type="checkbox"/> Término indefinido <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/>	Fecha terminación de contrato:
--	--------------------------------

Es dueño o socio de un negocio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la sociedad o del negocio:
---	--------------------------------------

Breve descripción de los productos que fabrica, actividad que realiza o servicios que presta:

Código CIUU

Si usted es dueño(a) de un negocio que opera independientemente como persona jurídica, indique RUT o NIT

Fecha de constitución o inicio del negocio:	No. de empleados:	Ventas anuales:	Tiempo en la actividad:	Meses	Años
---	-------------------	-----------------	-------------------------	-------	------

INFORMACIÓN FINANCIERA SOLICITANTE

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES			
Salario o Pensión	\$	Obligaciones Financieras	\$	Servicios públicos	\$
Honorarios	\$	Alimentación	\$	Tarjeta de crédito	\$
Arriendos	\$	Arriendos	\$	Otros gastos	\$
Otros ingresos certificables	\$	Educación	\$		
Total Ingresos	\$	Transportes	\$	Total Egresos	\$
*Detalle de otros ingresos		*Detalle de otros egresos			

PATRIMONIO SOLICITANTE (bienes raíces – vehículos)

APARTAMENTO <input type="checkbox"/>		CASA PROPIA <input type="checkbox"/>		AVALÚO CATASTRAL	HIPOTECA A FAVOR DE
DIRECCIÓN				\$	
OTROS BIENES				AVALÚO CATASTRAL	HIPOTECA
DIRECCIÓN				\$	
VEHÍCULOS CLASE - MARCA	MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL	RESERVA DE DOMINIO A:	
			\$		

REFERENCIAS SOLICITANTE

PERSONAL	Nombre		Dirección		Ciudad
	Teléfono celular		Teléfono oficina		Ocupación
FAMILIAR	Nombre		Dirección		Ciudad
	Teléfono		Parentesco		Ocupación
COMERCIAL Y FINANCIERA	Nombre o razón social del establecimiento				Dirección
	Teléfonos		Ciudad	Nombre del dueño o gerente	

INFORMACIÓN DEL CODEUDOR

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Identificación No.				Tipo de identificación		Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
				C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>			
Dirección residencia						Barrio	
Ciudad/Municipio				Departamento		Teléfono 1	
Teléfono Celular				E-mail			
Nivel de estudios: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico/ Tecnólogo <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Título: <input type="checkbox"/>							
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>							
Actividad Económica: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Entidad: <input type="checkbox"/>							
Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estrato <input type="checkbox"/> No. de hijos <input type="checkbox"/> No. personas a cargo <input type="checkbox"/>							
Referencia Personal:						Teléfono:	
Referencia familiar:						Teléfono:	

ESPACIO EXCLUSIVO PARA ANÁLISIS DE CRÉDITO

SALDOS A		PAGARÉ		CÓDIGO		APORTES	
EDAD		NÓMINA		FECHA			
MODALIDAD	VALOR APROBADO	Nº CUOTAS	VALOR CUOTAS	TOTAL	TASA DE INTERÉS		
Nota: Al Asociado se le han informado las condiciones en que ha sido aprobado el crédito y se le ha entregado el Plan de Pagos.				LÍQUIDO:			
CUOTA ACTUAL:		DISPONIBLE:		MODIFICA:		ADICIONAL:	
Firma Gerente _____							

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y/O INCLUSIÓN DE DATOS FINANCIEROS
A CUALQUIER ENTIDAD QUE MANEJE ESTA INFORMACIÓN**

Autorizo (amos) a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES Y PENSIONADOS DE ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA Y OTROS COOPERAGRO E.C., o quien represente sus derechos o en el futuro ostente la calidad de acreedora reportar, procesar, solicitar y divulgar a TRANSUNIÓN COLOMBIA, o cualquier otra entidad con similares objetivos, toda la información referente a mi comportamiento como asociado y/o codeudor de la Cooperativa o como usuario de cualquier operación activa de crédito futura o pasada. Esta autorización implica que el cumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consigna de manera completa, toda la información referente a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones. Por tanto, la consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos financieros en las entidades que manejan este tipo de información las cuales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones financieras y manejo de las actividades con COOPERAGRO E.C.

La permanencia de la información que refleje incumplimiento depende de los plazos establecidos jurisprudencialmente, o las normas legales al respecto que declaro conocer.

Dejo constancia que he sido efectivamente informado de la existencia de una base de datos la cual es responsabilidad de la cooperativa, que la información de la base de datos podría ser trasladada para efecto de almacenamiento y respaldo de la misma, que la información será tratada confidencialmente, que la entrega de la información es de carácter facultativo, que entiendo que la información podría ser suministrada a las personas autorizadas por la ley, que puedo conocer, actualizar y rectificar mi información personal.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que el origen de fondos que maneje en la cuenta que estoy solicitando proceden del giro ordinario de actividades lícitas, las cuales describo a continuación:

Me comprometo a no prestar mi cuenta y no permitir que terceros efectúen depósitos o transferencias a mi cuenta y no hacer pagos o transferencias desde mi cuenta a desconocidos. También declaro que la información que suministro es veraz, completa, la he proporcionado sin reticencia y si la Cooperativa la solicita, me obligo a entregar información, documentos y explicaciones pertinentes. Cualquier inexactitud al respecto o el verme sindicado o involucrado por cualquier autoridad, en investigaciones relacionadas con lavado de activos o enriquecimiento ilícito, faculta a COOPERAGRO E.C. para dar por terminado sin explicaciones la afiliación con la Cooperativa.

NOTA: La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para COOPERAGRO E.C. Los costos por avalúos, estudios de títulos, IVA y seguros, serán por cuenta del solicitante. El beneficiario del crédito deberá cumplir las condiciones requeridas en materia de seguros de vida. Cualquier inexactitud en la información implicará la negación definitiva de esta solicitud.

Certifico que la información suministrada en el presente documento es veraz, que reconozco la obligación legal de actualizar esta información como mínimo una vez al año o en caso de requerir su actualización me comprometo a reportar oportunamente cuando sea necesaria y que habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, lo firmo a los () días del mes de _____ del año _____, en la ciudad de _____.

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO A COOPERAGRO E.C. PARA QUE EL DESEMBOLSO SE CONSIGNE EN LA CUENTA BANCARIA:

(Adjuntar certificado Bancario)

No. Banco: AHORRO CORRIENTE

BANCO	A NOMBRE DE	CÉDULA
-------	-------------	--------

FIRMA DEL SOLICITANTE <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA C.C. No. _____	FIRMA DEL CODEUDOR <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA C.C. No. _____ Nombre _____
---	--

OBSERVACIONES: _____

**PARA USO DE "COOPERAGRO E. C."
A FAVOR DE LA COOPERATIVA MULTIACTIVA DE TRABAJADORES Y PENSIONADOS DE ESTABLECIMIENTOS
DEL MINISTERIO DE AGRICULTURA Y OTROS "COOPERAGRO E. C."**

Señor:
CAJERO PAGADOR

Autorizo pagar a la orden de la Cooperativa Multiactiva de Trabajadores y Pensionados de Establecimientos del Ministerio de Agricultura y otros "COOPERAGRO E. C." o a quien sus derechos represente, la suma de \$ _____ que he recibido en mutuo, y será descontada de mi sueldo, salario o mesada pensional, en _____ cuotas mensuales de \$ _____ a partir del mes de _____ de 20____, y hasta la suma de _____ valor que corresponde al préstamo aprobado más los intereses respectivos.

La presente orden de pago tiene carácter irrevocable. Autorizo al pagador de la empresa a la que me encuentro vinculado(a) o mi futuro empleador, para que de mi sueldo, salario, prima, mesada pensional o prestaciones sociales e indemnizaciones y bonificaciones, retenga y pague a Cooperagro E. C.; el valor de las cuotas respectivas hasta completar esta suma \$ _____ o el valor del saldo que resultare a deber.

Igualmente me comprometo a cancelar por caja la suma de \$ _____ como cuota extraordinaria que corresponde al (_____ %) de mi prima o mesada adicional como abono a capital para cubrir éste crédito.

En caso de desvinculación como empleado o cambio de entidad pagadora o en el caso que Cooperagro E. C., deje de ejercer el derecho de retención de las cuotas pactadas, me obligo a cancelar las cuotas en los plazos y condiciones pactadas. En caso de mora en el pago de dos o más cuotas, faculto a Cooperagro E. C., para dar por terminado el plazo y exigir el pago inmediato del saldo pendiente y los intereses causados sin necesidad de requerimiento. Así mismo, para garantizar el pago de la obligación aquí contenida constituyo derecho de prenda a favor de Cooperagro E. C. sobre el valor de los aportes, así se tratare de mi retiro como asociado.

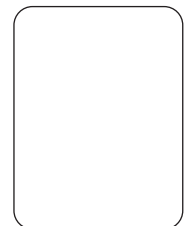
Los autorizo además, para que en caso de terminación del contrato de trabajo y sin que medie mandato judicial, se efectuen las compensaciones hasta el cubrimiento total de dicho crédito, afectando los valores que la entidad me llegare a adeudar por todo concepto, entre otros, cesantías, prima, vacaciones, indemnizaciones, bonificaciones, prestaciones sociales y demás.

Así mismo, renuncio a la prescripción extintiva de mi obligación y cancelare honorarios profesionales, liquidados al _____ % sobre el monto del recaudo y gastos que demande la cobranza.

En el evento en que la Compañía Aseguradora no ampare el saldo de la deuda contraída con la Cooperativa y en consecuencia no reconozca la indemnización, en caso de mi fallecimiento, para garantizar el pago de las obligaciones autorizo en forma irrevocable a Cooperagro E. C. para que el valor de mis aportes, el seguro de aportes, ahorros, auxilios y demás dineros que por cualquier concepto exista a mi favor, sea compensado el valor de la deuda a mi cargo.

Firma Cajero Pagador

Firma del Asociado
C.C.



HUELLA

OBSERVACIONES:

