

SOLICITUD DE VINCULACIÓN Y CRÉDITO

(Diligenciar con letra legible, sin tachones ni enmendaduras)



NIT: 900.464.133-7

Solicitante Codeudor

Si es codeudor favor colocar el nombre del solicitante.

Nombre(s) y apellidos completos

Asociado Si No
Afilación Otro

Fecha Día / Mes / Año			Ciudad	Agencia	Cuenta N°
--------------------------	--	--	--------	---------	-----------

I. INFORMACIÓN PRODUCTO SOLICITADO

Crédito			Ahorro					
Consumo <input type="checkbox"/>	Microcrédito <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	¿Línea? <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	CDAT <input type="checkbox"/>	Bono <input type="checkbox"/>	¿Otro? <input type="checkbox"/>	¿Cuál?

II. INFORMACIÓN DEL CRÉDITO SOLICITADO

Monto Solicitado(\$)	Plazo (Meses)	Destino del crédito
Garantías Ofrecidas: Codeudor(es) <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		

III. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre(s)		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>		N° de identificación		Fecha de Expedición Día / Mes / Año	
Fecha de nacimiento Día / Mes / Año		Ciudad de nacimiento		Departamento de nacimiento	
Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		Nivel de estudios Ninguno <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Post-grado <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Profesión		Ocupación u oficio		Estrato de Vivienda	
Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		Nombre(s) y apellidos del arrendatario o agencia		Telefono(S) Arrendatario	
		Número de matrícula Inmobiliaria		Tiempo en la vivienda (Meses)	

IV. DIRECCIONES

Dirección de residencia		Barrio		Municipio		Departamento		
Telefono(1)		Telefono(2)		Celular		Correo electrónico		
¿Autoriza a la Cooperativa AFROAMERICANA para el envío de información a través de su celular?							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Autoriza a la Cooperativa AFROAMERICANA para el envío de información a través de su correo electrónico?							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Autoriza sean debitados automáticamente de su cuenta de ahorros los cánones correspondientes a la(S) operación(es) realizadas?							<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

V. INFORMACIÓN LABORAL

Ocupación/ Actividad económica							
Empleado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Rentista de capital <input type="checkbox"/> Transportador <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>							
Desempleado <input type="checkbox"/> ¿Otra? <input type="checkbox"/> ¿Cuál?							
¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				N° de personas a cargo		N° de hijos	

SI USTED ES ASALARIADO O PENSIONADO

SI USTED ES INDEPENDIENTE

Empleado del sector privado <input type="checkbox"/> Empleado del sector público <input type="checkbox"/>				Tipo de actividad			
Empresa donde labora				<input type="checkbox"/> Producción industrial		<input type="checkbox"/> Construcción	
Cargo				<input type="checkbox"/> Servicios		<input type="checkbox"/> Producción adicrícola/ Ganadera	
Fecha de vinculación Día / Mes / Año				<input type="checkbox"/> Comerciante		<input type="checkbox"/> Rentista de capital	
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Labor contratada <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Transportador		<input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?	
Prestación servicios <input type="checkbox"/> Libre nombramiento <input type="checkbox"/>				Nombre del negocio y/o microempresa o empresa de transporte			
Provisionalidad <input type="checkbox"/> Carrera adiva <input type="checkbox"/>				¿Tiene local comercial? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Dirección de la empresa				Telefono (s)			
Departamento				Dirección			
Municipio				Departamento			
Teléfono				Municipio			
Extensión				Barrio			
Fax empresa				Tiempo en la actividad(meses)			
Correo electrónico empresa				Tiempo de servicio (meses)			
				N° de empleados		Ventas mensuales promedio \$	

VI. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS PERSONALES		EGRESOS PERSONALES		DETALLE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA	
Ingresos promedios mensuales \$		Egresos promedio mensuales \$		Descripción otros ingresos	
Salario/Pensión		Colillas		Valor \$	
Ingresos/utilidades		Cuotas de Crédito		Descripción otros activos (maquinaria, inventario, mueble y otros)	
Arriendo		Arriendo		Total activos (propiedad, vehículo, otros ctivos) \$	
Otros ingresos		Otros Egresos sostenimiento		Total pasivos (deuda financiera, proveedor y otras) \$	
Total		Total			
¿Es declarante?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene propiedad raiz?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Cuáles?	
Dirección		Ciudad		¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Departamento					
Valor comercial \$		Hipoteca a favor de:		Cuenta N°	
		Matricula inmobiliaria		Banco	

¿Tiene vehículo? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Marca	Moneda	País		Ciudad	
Modelo		Placa	¿Otra? ¿cuál? Detalle de la operación.				
Valor comercial \$	Prenda a favor de:		Si tiene otro vehículo valor \$	¿Declaró que no realice operaciones en moneda extranjera?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
VI. INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE							
Nombre(s)			Primer apellido		Segundo apellido		
Documento de identidad				Fecha de nacimiento			
Profesión ocupación u oficio				Empresa donde labora			
Cargo		Salario/Ingreso \$		Teléfono empresa		Celular	
VII. REFERENCIAS FAMILIARES (QUE NO VIVAN CON USTED)							
Nombres y apellidos completos					Parentesco		
Celular		Teléfono residencia		Teléfono empresa		Barrio en el cual habita	
Nombres y apellidos completos					Parentesco		
Celular		Teléfono residencia		Teléfono empresa		Barrio en el cual habita	
IX. REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIAR)							
Nombres y apellidos completos					Parentesco		
Celular		Teléfono residencia		Teléfono empresa		Barrio en el cual habita	
Nombres y apellidos completos					Parentesco		
Celular		Teléfono residencia		Teléfono empresa		Barrio en el cual habita	
XI. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA Y/O PROGRAMAS SOCIALES							
Nombre(S) y apellidos completos		Doc. De identidad	Parentesco	Telefono	Ciudad	%	
XI. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES							
En nombre propio y/o como representante legal de la persona jurídica, el solicitante otorga en forma irrevocable a la Cooperativa especializada de Ahorro y Crédito "AFROAMERICANA" las siguientes autorizaciones y realiza las siguientes declaraciones:							
LEY HABEAS DATA 1266 DE 2008							
Declaro que la información suministrada es cierta y autoriza a AFROAMERICANA o a quien se subroga en su posición jurídica para: a) Confirmar la información b) Terminar cualquier contrato celebrado y exigir anticipadamente el pago de cualquier obligación si esta resulta falsa o inexacta c) Consultar, reportar y divulgar a las centrales de información financiera o entidades con propósitos similares, toda la información relevante para conocer el comportamiento financiero y comercial y el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales del solicitante y/o su representante a título personal; con la finalidad de evaluar el riesgo de iniciar, ejecutar o terminar una relación contractual, determinar su capacidad de pago, desarrollar modelos estadísticos o de otro tipo y/o adelantar actividades comerciales, institucionales o de seguimiento y recuperación de obligaciones. Acepta que el cumplimiento o no de sus obligaciones se reflejará en su historial financiero pasado, presente y futuro. Igualmente nos acogemos a la ley 1581 de 2012 Protección de datos en Colombia.							
ORIGEN DE FONDOS							
Declaro que los recursos depositados, obtenidos o involucrados en las operaciones financieras solicitadas, tienen origen y destino lícito en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de sus negocios, tal como se describen en la solicitud, y que no se relacionan con actividades ilícitas, especialmente lavado de activos o financiación del terrorismo. Que conoce y aplica las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo y no permitirá que terceros realicen transacciones en sus productos o entreguen en su nombre o de la entidad que representa fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas o favor de personas involucradas con las mismas. Autoriza a AFROAMERICANA para terminar unilateralmente cualquier relación contractual o exigir en forma anticipada el pago de cualquier obligación en el caso de vinculación o sospecha de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre lavado de activos y financiación al terrorismo del solicitante o su(s) representante(s), socios, administradores o personas vinculadas.							
ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN							
Autoriza el contacto o envío de comunicaciones a sus direcciones físicas o electrónicas, teléfonos y/o cualquier otro medio, con información financiera, comercial o de otro tipo, cuando así se requiera o juzgue necesario, las cuales podrán ser grabadas. Acepta que AFROAMERICANA no hará devolución de la documentación entregada o que contenga cualquier convenio celebrado, la cual se archivará o destruirá conforme a las normas políticas aplicables. Se obliga actualizar la información general, financiera y comercial propia y de la persona jurídica y su representante, administradores y socios, incluidos los estados financieros y sus notas, transacciones financieras, estructura y composición de capital y la demás necesaria para el seguimiento y control de los contratos celebrados, incluido valor y estado de las garantías, por lo menos una vez cada seis meses o cuando se solicite. Acepta que el cumplimiento de esta obligación incidirá en su calificación de riesgo y faculta a AFROAMERICANA para terminar cualquier relación contractual o exigir anticipadamente el pago de cualquier obligación.							
INFORMACIÓN PREVIA							
Declaro que he recibido en forma previa al desembolso información completa, legible y comprensible de las condiciones y términos del contrato de crédito, especialmente acerca de: Monto de capital, forma y periodicidad de pago, valor de cada cuota, fecha de pago, tasas de interés de plazo, mora en términos efectivos anuales, naturaleza fija o variable de la tasa de interés, gastos, comisiones y recargos aplicables, derecho de acceso a su calificación de riesgo, condiciones de pago anticipado, consecuencias en caso de incumplimiento, que incluyen los derechos propios y de AFROAMERICANA y los siguientes aspectos propios de la gestión de cobro: a) Políticas y mecanismos de cobranza b) Momento a partir del cual se iniciará la gestión de cobranza c) Gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlos d) Dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza e) Personas y entidades autorizadas para celebrar acuerdos de pago f) Canales habilitados para efectuar el pago.							
CONDICIONES DE DEPÓSITO							
Declaro que conozco y acepto las condiciones y reglamentos del(os) producto(s) de depósito solicitado(s) y autoriza a AFROAMERICANA para: a) Debitar de cualquier depósito a su nombre cualquier suma que por cualquier concepto adeude a AFROAMERICANA, tales como préstamos, sobregiro, comisiones, cuota de manejo o cualquier otro b) Corregir cualquier error presentado en el depósito y debitar las sumas abonadas por error c) Bloquear la cuenta y/o trasladar al empleador/pagador los recursos depositados en el evento de muerte, cuando no se acredite supervivencia o se presenten otras circunstancias previstas en el convenio de pago de nómina, el reglamento o la ley d) Consignar en la cuenta cualquier suma que debe pagar o entregar al solicitante e) Modificar las condiciones de los contratos de depósito en los términos de los reglamentos aplicables f) Bloquear, saldar o cancelar el depósito cuando se incumpla cualquier condición u obligación del depositante, cuando a criterio de AFROAMERICANA no se le dé un manejo adecuado o en cualquier evento previsto en el contrato, reglamento o la ley. Declaro que he sido informado en forma clara y completa acerca de los siguientes aspectos del seguro de depósitos: inscripción de AFROAMERICANA, objeto, titular(es), productos de depósito cubiertos o no y valores asegurados.							
CONTRATO DE ADHESIÓN							
Acepto que la presentación de esta solicitud no implica obligación para AFROAMERICANA de celebrar contrato o conceder crédito al solicitante y su aprobación se sujeta a las normas y políticas vigentes. Declaro que he recibido información suficiente, clara y oportuna de las características de los productos y/o servicios solicitados, sus derechos y obligaciones, condiciones, tarifas y precios y las medidas de seguridad aplicables y que conozco los reglamentos de los productos y adhiero a las estipulaciones allí establecidas, las cuales se incorporan a la presente solicitud y en conjunto instrumentan un contrato de adhesión el cual acepta y celebra de manera informada y consciente.							
VI. ESPACIO RESERVADO PARA LA AFROAMERICANA							
SARLAFT:					OBSERVACIONES:		
Fecha entrevista (AAAA-MM-DD)		Hora:					
Cual es el propósito de la cuenta (Ahorro, inversión, etc):							
¿Realiza operaciones a nombre de terceros?		SI	NO				
Validación de Listas		SI	NO	Visto bueno registro y control			
VII. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN- USO EXCLUSIVO DE AFROAMERICANA							
¿El solicitante ha tenido productos con Afroamericana?		SI	NO	Fecha de la entrevista: Día Mes Año			
¿Se aportó toda la documentación requerida?		SI	NO				
¿Es o tiene algún parentesco con algún empleado?		SI	NO				
¿Se verificarán las referencias personales y familiares?		SI	NO	Hora de la entrevista:			
¿El resultado de la entrevista o visita es satisfactoria?		SI	NO				
Nombre de la persona contactada en la referenciación zonal:					Índice derecho:		
Nombre del funcionario que realiza la entrevista:							
Firma:							
Documento de identificación:							