

Fecha Día Mes año		Agencia	Tipo de Operación Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>		Servicios solicitados crédito <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>	
Tipo de usuario Solicitante <input type="checkbox"/> Deudor solidario <input type="checkbox"/> Otro titular <input type="checkbox"/> Autorizado <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/>			Si es Deudor solidario favor colocar: N° Identificación deudor		Nombre(s) y Apellido(s) deudor	
INFORMACIÓN SOLICITUD DE CRÉDITO (Diligencie solo para solicitar crédito)						
Monto Solicitado		Línea del crédito	Plazo en meses	Destino del crédito	Garantía	
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"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		N° de identificación	Fecha de expedición Día / Mes / Año		Lugar de expedición	Fecha de nacimiento Día / Mes / Año
Ciudad de nacimiento	Departamento de nacimiento		País de nacimiento			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Unión libre		Nivel de estudios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico		Título Profesional <input type="checkbox"/> Tecnológico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado		N° Personas a cargo Mayores de 18 años _____ Menores de 18 años _____
UBICACIÓN						
Dirección de residencia			Barrio	Municipio	Departamento	
Teléfono (1)		Teléfono (2)		Celular	Correo electrónico principal	Correo electrónico secundario
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada		Estrato vivienda	Nombre(s) y apellido(s) del arrendatario o agencia			Teléfono(s) arrendatario
INFORMACIÓN LABORAL						
Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Rentista <input type="checkbox"/> Independiente formal <input type="checkbox"/> Independiente informal <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/>						
¿Otra? ¿Cuál?						
Empresa donde labora			cargo	(solo para empleados) Empleado del sector privado <input type="checkbox"/> Empleado del sector público <input type="checkbox"/>		
Tipo de contrato (solo empleados) <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Prestación servicios <input type="checkbox"/> Provisionalidad <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Libre nombramiento <input type="checkbox"/> Carrera adtv. <input type="checkbox"/> Labor contratada				Fecha de vinculación Día / Mes / Año	Fecha de terminación Día / Mes / Año	
Dirección empresa		Municipio		Departamento	N° teléfono	
Actividad económica Principal			CIU	Actividad económica Secundaria		CIU
Nota: Si su actividad económica es Empleado/ Asalariado, su código CIU corresponde al 0010, para consultar el código CIU de actividades económicas diferentes, favor remitirse a su RUT o al sitio web de la DIAN.						
Solo independientes						
N° de empleados		¿Tiene local comercial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador		Teléfono arrendador
INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS				EGRESOS		
1. Salario				1 Valor arriendo		
2. Pensión				2. Obligaciones financieras		
3. Comisiones				3. Deducciones colilla		
4. Arriendos				4 Gastos familiares		
5. Ventas de su actividad principal				5 Otros egresos		
6. Otros ingresos				6 Total egresos		
7. Total ingresos				Descripción otros egresos		
Descripción otros ingresos				¿Es declarante de renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA E INSCRITO A FOGACOOP

SOLICITUD ÚNICA DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

DESCRIPCIÓN DE LOS ACTIVOS						
Bienes Raíces	Tipo de propiedad Casa <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/>		Dirección	Ciudad/Municipio	Departamento	
	Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>		Hipoteca a Favor de		Valor Comercial	
	Tipo de propiedad Casa <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/>		Dirección	Ciudad/Municipio	Departamento	
	Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/>		Hipoteca a Favor de		Valor Comercial	
Vehículos	Marca	Modelo	Placa	Valor comercial \$	Prenda a favor de	
	Marca	Modelo	Placa	Valor comercial \$	Pignorado a favor de	
Otros Activos	Maquinaria y Equipo <input type="checkbox"/> CDT's <input type="checkbox"/> Acciones <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			Valor comercial \$	Pignorado a favor de	
OPERACIÓN MONEDA EXTRANJERA						
¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si su respuesta es afirmativa, indique el tipo de operaciones que realiza				
¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Banco	Cuenta N°	Ciudad	País	
INFORMACIÓN DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE						
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/>		N° de identificación	Nombre(s)		Apellido(s)	
Ocupación / Empresa donde labora			Dirección		Teléfono	
REFERENCIAS						
PERSONAL: Nombre(s) y apellido(s)			Celular	Teléfono	Relación	
FAMILIAR: Nombre(s) y apellido(s)			Celular	Teléfono	Parentesco	
FAMILIAR: Nombre(s) y apellido(s)			Celular	Teléfono	Parentesco	
FINANCIERA: Nombre entidad			Teléfono	Producto	Nro Cuenta	
COMERCIAL: Nombre establecimiento					Telefono	
En caso de mi fallecimiento, declaro expresamente como beneficiario para que le sean entregados los aportes sociales que poseo a:						
Nombre(s) y apellido(s) completos		Doc. de identificación	Parentesco	Teléfono	Ciudad	%
Declaración de Persona Públicamente Expuesta PEP						
¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Si respondió afirmativamente alguna de las anteriores, por favor especifique _____						
¿Tiene parentesco con Persona(s) Públicamente Expuesta(s) PEP? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Si su respuesta es afirmativa, relacione la información solicitada en el siguiente recuadro: Parentesco: Padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos, cónyuge o compañero(a) permanente, suegros, cuñados, hijos y/o abuelos del cónyuge o compañero(a) permanente e hijo(s) adoptivo(s)						
Nombre(s) y apellido(s) completos			Doc de identificación	Parentesco		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA E INSCRITO A FOGACOOP

SOLICITUD ÚNICA DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedidos en el lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a FORJAR, con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales:

A. El origen de los dineros bienes y/o fondos que tramito a través de La cooperativa, proceden del giro ordinario de actividades lícitas

B. No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas

C. Autorizo saldar las cuentas que mantenga en esta cooperativa, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la Entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado.

INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIEROS

Declaro que he recibido información clara, suficiente y oportuna, sobre las características, funcionamiento, condiciones, medidas de seguridad, recomendaciones, costos y riesgos de uso de los productos que he adquirido con FORJAR, como también de los derechos, responsabilidades y medidas de seguridad que debo adoptar en el manejo de los mismos; adicionalmente conozco las características, beneficios y limitaciones del seguro de depósito de FOGACOOOP, dándome por enterado adecuadamente. La Cooperativa queda autorizada para llenar todos los demás datos con base en los soportes e información que personalmente le he suministrado. Declaro que conozco y acepto las Políticas dispuestas en el reglamento de Ahorro de FORJAR. Adicionalmente, autorizo a FORJAR remitir el Reporte Anual de Costos Totales: Físico Virtual Correo electrónico . En consecuencia igualmente manifiesto 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 FORJAR 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 determinación y liquidación 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.

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL MANEJO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la información suministrada por mí y la que en el futuro suministre a La cooperativa, a través de cualquier medio, sea esta comercial, profesional, técnica, administrativa o financiera, es veraz, actual, verificable, completa y exacta. En calidad de titular de mi información personal, incluida la de carácter financiero, crediticio, comercial, de servicios, datos biométricos, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera previa y expresa para que directamente realice(n) el siguiente tratamiento, manejo y administración de dicha información, sin que esto de lugar a pagos ni retribuciones de ningún tipo a mi favor:

1. La almacene(n), consulte(n), analice(n), evalúe(n), compare(n), procese(n), reporte(n), obtenga(n), actualice(n), comple(n), trate(n), envíe(n), rectifique(n), emplee(n), elimine(n), suministre(n), ordene(n), catalogue(n), clasifique(n), grabe(n) y conserve(n).
2. La divulgue(n) a los operadores, centrales o bases de información, áreas de crédito y/o a cualquier otra Entidad nacional o extranjera que tenga los mismos o similares fines a los expresados en el presente escrito.
3. La verifique(n), confirme(n), valide(n) y/o investigue(n) con los datos que obtenga y los que disponga(n) legítimamente.
4. La suministre(n) a contratistas o terceras personas nacionales o extranjeras, quienes desarrollen procesos operativos propios del objeto o de administración de riesgos bajo la responsabilidad de La cooperativa.
5. Para que acceda(n), consulte(n), compare(n) y analice(n) mi información almacenada en bases de datos de centrales de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituidas, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o en cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera completa e histórica mi comportamiento como deudor, codeludor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, asociado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios, servicios financieros, comerciales o cualquier otra actividad asociada a las anteriores. Las finalidades de las actividades de tratamiento, manejo y administración de dicha información que realice(n) las autorizadas anteriormente, son las siguientes:
 1. Para establecer y mantener una relación contractual cualquiera que sea su naturaleza.
 2. Para efectuar evaluación de riesgos derivados de una relación contractual potencial y/o vigente.
 3. Adelantar estudios de mercado, investigaciones comerciales y/o estadísticas.
 4. Ofrecer de manera individual o conjunta con terceros, productos y servicios propios o de terceros, así como para realizar campañas de promoción.
 5. Adelantar cualquier trámite ante autoridad pública o persona privada, incluido el cobro de cartera.
 6. Transmitir la información y datos con destino a las autoridades locales o extranjeras y/o entidades extranjeras que lo requieran en cumplimiento de las obligaciones establecidas en normas y/o convenios aplicables.
 7. El envío de notificaciones, alertas e información legal y de seguridad al terminal móvil, correo electrónico, aplicaciones de mensajería para teléfono inteligente (Smartphone en inglés), y/o cualquier otro mecanismo de contacto.
7. El envío de notificaciones, alertas e información legal y de seguridad al terminal móvil, correo electrónico, aplicaciones de mensajería para teléfono inteligente y/o cualquier otro mecanismo de contacto SI NO

Autorizo el envío de información comercial, financiera, de productos y servicios a mi terminal móvil, correo electrónico, aplicaciones de mensajería para teléfono inteligente y/o cualquier otro mecanismo de contacto SI NO

ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

EL SOLICITANTE se obliga con LA COOPERATIVA a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite LA COOPERATIVA, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a LA COOPERATIVA para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación que tenga con EL CLIENTE.

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS EN LA CENTRAL DE INFORMACIÓN Y A CUALQUIER OTRA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA DE CENTRALES DE RIESGO.

Voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a FORJAR, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, a cualquier entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos, CENTRAL DE RIESGOS, cualquier otra Entidad Financiera de Colombia, o a quien represente sus derechos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos CENTRAL DE RIESGOS podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la central de información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Con plena conciencia que la retención o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

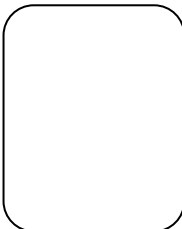
1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	6. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. CANCER	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. CIRUGÍA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. DIABETES	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	11. ALCOHOLISMO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	12. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13. VIH POSITIVO / SIDA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	14. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

Certifico que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido lo anterior, en constancia firmo

Firma del solicitante



N° de identificación

Huella índice derecho

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN – USO EXCLUSIVO DE FORJAR

Resultado de la entrevista		Fecha de la entrevista:	
		Día	Mes
		Año	
		Hora	
Conoció la cooperativa por medio de: Referenciado <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Volante publicitario <input type="checkbox"/> Página web <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/>		Referenciado por:	
Nombre del funcionario que realiza la entrevista		Firma del funcionario que realiza la entrevista	
Resultado de la verificación de referencias y datos		Fecha de verificación	
		Día	Mes
		Año	
		Hora	
Nombre del funcionario que confirma las referencias y datos		Firma del funcionario que confirma las referencias y datos	
APROBADO <input type="checkbox"/>	NEGADO <input type="checkbox"/>	Forma de Pago:	
		Ventanilla <input type="checkbox"/> Nomina <input type="checkbox"/>	
Destino:	Plazo en meses:	Garantía:	Valor:
		Fecha Estudio	
		Día	Mes
		Año	
		Hora:	