

SOLICITUD DE CREDITO PERSONA JURIDICA

Oficina	Fecha de recepción	Hora	Nombre de quien recibe	Asociado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Código		
PRODUCTOS A SOLICITAR							
Crédito <input type="checkbox"/>			Cupo de crédito <input type="checkbox"/>				
INFORMACION GENERAL							
Razón social		Nombre comercial o sigla		NIT /RUT			
Actividad económica principal			Actividad económica secundaria				
Clase de entidad: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Si es sociedad pública de orden: Nacional <input type="checkbox"/> Departamental <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____		Tipo de sociedad: Anónima <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Comandita simple <input type="checkbox"/> SAS <input type="checkbox"/> Comandita por acciones <input type="checkbox"/> Unipersonal <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Cooperativas <input type="checkbox"/> Otra, Cual _____			
Objeto social: Animo de lucro <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>		Descripción del objeto social					
Nro. de empleados	No. de establecimientos	País de constitución		Fecha de constitución DD MM AAAA	Fecha de vigencia (duración) DD MM AAAA		
Dirección Principal			Teléfono 1	Teléfono 2	FAX		
Departamento	Ciudad	Barrio <input type="checkbox"/> Vereda <input type="checkbox"/> Corregimiento <input type="checkbox"/> Nombre			Estrato		
Correo electrónico		Página Web		Deseo consultar o recibir mis estados de cuenta o extractos y reporte anual de costos: correo electrónico <input type="checkbox"/> Domicilio principal <input type="checkbox"/>			
INFORMACION FINANCIERA							
Fecha de corte de los datos MM DD AAAA	Ingresos /Ventas mensuales (promedio último año) \$		Otros Ingresos Mensuales (prom)		Costos y gasto mensuales (promedio último año) \$		
Capital Social \$	Total, Activos \$		Total, Pasivos \$		Total, Patrimonio \$		
Detalle de Otros Ingresos							
INFORMACION TRIBUTARIA							
Régimen Fiscal:	Retención en la Fuente: Exento <input type="checkbox"/> No exento <input type="checkbox"/> Auto retenedor <input type="checkbox"/>		Si es agente auto retenedor, Resolución Nro. _____ Fecha: DD MM AAAA		Responsable de IVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL							
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. Documento de Identidad	Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido		
Fecha de Expedición DD MM AAAA	Lugar de Expedición	Fecha de Vencimiento (solo para CE) DD MM AAAA		Cargo	PEP		
Teléfono residencia	Dirección residencia			Email			
INFORMACION DEL REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE							
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. Documento de Identidad	Nombres		Primer Apellido	Segundo Apellido		
Fecha de Expedición DD MM AAAA	Lugar de Expedición	Fecha de Vencimiento (solo para CE) DD MM AAAA		Cargo	PEP		
Teléfono residencia	Dirección residencia			Email			
INFORMACION ACCIONISTAS, SOCIOS O ASOCIADOS (Con capital mayor al 5%)							
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social		Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	PEP <input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social		Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social		Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social		Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social		Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. Documento Identidad	Nombres/Razón Social		Primer Apellido	Segundo Apellido	%Participación en Capital	<input type="checkbox"/>
Excede número de socios o asociados Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *En caso de haber marcado si anexar relación de socios o asociados e indicar cuales con personas PEP							
SI SE SOLICITA PARA UNA AGENCIA O SUCURSAL DE LA ENTIDAD PRINCIPAL							
Nombre de Agencia/ Sucursal		Departamento	Ciudad	Barrio	Estrato		
Dirección			Teléfono 1	Teléfono 2	Fax	Email	
REFERENCIAS COMERCIALES							
PROVEEDOR	Nombre o razón social del Proveedor			Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)	
	Nombre o razón social del Proveedor			Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)	
CLIENTES	Nombre o razón social del Cliente			Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)	
	Nombre o razón social del Cliente			Teléfono 1	Teléfono 2	Tiempo de relación comercial (En meses)	
INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA CREDITO							
Monto o cupo Solicitado		Destino		Plazo		Línea	
Garantía: Hipotecaria <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Prenda <input type="checkbox"/> Otra, cual _____				Periodicidad		Forma de pago: Efectivo <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>	

ENTREVISTA

¿Recibe giros del Exterior SI NO si su respuesta es si cual es el valor mensual de los giros recibidos _____ por qué concepto?
 Nro. de identificación del(los) remitentes _____ Nombre(s) del(los) remitente(s) _____
 Tipo de relación con el (los remitentes(s) _____

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI NO (Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie la siguiente información de los productos en moneda extranjera)

Tipo de Operación	Tipo de producto: Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/>	Moneda	Nro. de producto	Monto
-------------------	--	--------	------------------	-------

Entidad: _____ País: _____ Ciudad: _____

Empresa Conformada o Registrada en Estados Unidos? SI NO Alguno de los accionistas con 5% de participación es Estadounidense? SI NO

Resultados de entrevista:

Fecha de entrevista _____ Hora entrevista _____ Nombre y apellidos entrevistador _____ Cargo entrevistador _____ Firma del Entrevistador _____
 DD MM AAAA

AUTO CERTIFICACION CUMPLIMIENTO LEY FATCA Y CRS

¿Alguno de los representantes legales, miembros de junta directiva, asociados o accionistas es residente fiscal en cualquier país diferente a Colombia?
 SI NO Si la respuesta es afirmativa, por favor diligencie los siguientes campos para los accionistas que apliquen como responsables fiscales:

Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia
Tipo Documento: C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	No. ID	Fecha Nacimiento	Lugar Nacimiento	TIN - SSN (Social Security Number)	País (en el cual es responsable fiscal)	Dirección de Residencia

Excede número de responsables fiscales Si No *En caso de haber marcado SI anexar relación los representantes legales, miembros de junta directiva, asociados o accionistas

DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y FONDOS

Yo, identificado con el nombre y documento de identidad, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando como representante legal de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y fondos a la Cooperativa Financiera de Antioquia, CFA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de productos de captación, productos de colocación y demás servicios financieros que ofrece la Cooperativa.

1. Actualmente los Bienes (Activos) que posee la Entidad provienen de Compraventa Donación Aporte de los Socios Utilidades Otros _____

2. Los recursos que entregué en depósito provienen de las siguientes fuentes: Desarrollo del objeto social Capitalización por parte de socios Utilidades del negocio Rendimientos por inversiones Dividendos y participaciones Otros _____

3. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

4. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

5. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, o de la violación del mismo.

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Débito depósito: Autorizo de manera voluntaria a la Cooperativa de Ahorro y crédito CODELCO, para debitar de los depósitos de ahorro de la entidad todo compromiso que desprenda de la vinculación con ella, tales como aportes sociales, pago de créditos, seguros, contratos de ahorro o cualquier cuenta por cobrar pendiente a nombre de la entidad

Envío de información correo electrónico: Autorizo de manera voluntaria e informada a la Cooperativa de Ahorro y crédito CODELCO, para enviar mensajes relativos a mi relación con CODELCO a la dirección electrónica reportados a través de esta solicitud.

Autorización consulta y reporte a centrales de información y riesgo: Yo, actuando como representante legal, doy consentimiento expreso a la Cooperativa de Ahorro y crédito CODELCO, o a quien sea en el futuro el receptor de la obligación para: a) Consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme una garantía, b) Reportar a las centrales de riesgo, datos del cumplimiento o del incumplimiento, de mis obligaciones, c) Conservar, tanto en CODELCO, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos, información crediticia, d) Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos, e) Reportar a las autoridades públicas, tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales, f) Envié la notificación previa al reporte negativo a centrales de riesgo por mensaje de datos tales como correo electrónico o de manera física a las direcciones que tenga registradas en la Cooperativa.

Veracidad y Actualización de datos: Declaro que todo los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable; y por ello autorizo su verificación desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial o financiera con la entidad, así mismo si se presentan cambios en los datos consignados en esta solicitud, me obligo a informarlos oportunamente, a CODELCO y a actualizar una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando los respectivos soportes, de lo contrario la Cooperativa está facultada para cancelar cualquiera de los productos o servicios adquiridos. Autorizo de manera voluntaria a la Cooperativa de Ahorro y crédito CODELCO, para actualizar mi información personal y/o demográfica por cualquier medio dispuesto por la entidad para el efecto.

Cancelación de productos: La Cooperativa podrá terminar, suspender y bloquear la relación comercial con la persona jurídica a la cual represento, cuando cualquiera de los socios o accionistas, la empresa o los administradores de esta figuren en cualquier tipo de investigación o proceso, sean incluidos en listas, requerimientos de entidades de control o noticias tanto a nivel nacional como internacional por la comisión de delitos fuente de lavado de activos o financiación del terrorismo.

Destrucción de la información: Autorizo a CODELCO a destruir los documentos anexos a esta solicitud de vinculación, vencidos (30) días desde la notificación de su rechazo o aplazamiento si no lo hubiere reclamado.

Medidas de seguridad: Certifico que he sido informado y capacitado acerca de las medidas de seguridad que se deben tener en cuenta para la realización de operaciones por el canal, así como de los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de productos.

Suministro de información: Declaro he indagado y he sido informado de manera comprensible, clara, veraz y oportuna sobre los reglamentos, las características, condiciones, uso, costos y las tarifas de los productos y servicios contratados.

Protección al consumidor: Declaro que he indagado y he sido informado de manera comprensible, cierta, suficiente, y oportuna sobre mis derechos y obligaciones como consumidor financiero, las obligaciones de CFA, los procedimientos para la atención de peticiones, quejas y reclamos, la existencia del Defensor del Consumidor Financiero y que dicha información o cualquier modificación en tarifas o costos puede ser consultada en las oficinas de CODELCO.

Acuerdo Cooperativo: Una vez admitido como Asociado de la Cooperativa de Ahorro y crédito CODELCO, declaro que me someto a sus Estatutos y Reglamentos y me comprometo a mantener el Aporte mínimo Estatutario y para el efecto le autorizo para que debite de la cuenta de ahorros de la entidad el monto de recursos necesarios para actualizar los aportes sociales de acuerdo con lo establecido en los estatutos.

Maneja recursos de naturaleza inembargable: SI NO En caso de marcar "si", se deberán anexar los certificados o soportes que den cuenta de la condición de inembargabilidad de los recursos que se manejan en la cuenta.

AUTORIZACION CANALES DE CONTACTO

Amparado por la Ley 2300 del 2023 y con el fin de proteger el derecho a la intimidad, autorizo a la Cooperativa de Ahorro y crédito CODELCO contactarme de forma directa, por medio de terceros o por sus cesionarios para la gestión de negociación de cartera, cobro, gestión comercial y gestión social a través de los siguientes canales:

Canales para gestión comercial y social (para recibir la información relacionada con beneficios comerciales de la Cooperativa Codelco) :
 Todos los canales Telefónico WhatsApp Correo electrónico SMS Canal de video llamada Ninguno

(*si solo elige el canal telefónico es posible que no reciba todas la comunicaciones, promociones, campañas o invitaciones de carácter público y comercial)

Canales para cobranza (donde me podrán brindar diferentes alternativas): Todos los canales Telefónico-WhatsApp Telefónico-SMS Telefónico WhatsApp

Se exceptúan de esta autorización los contactos permitidos según la ley tales como: información transaccional, operacional o informativa de sus productos financieros, información solicitada por usted mismo en calidad de asociado, ahorrador o deudor, Información relacionada con el ejercicio de los derechos fundamentales como asociado y el cumplimiento de los deberes especiales de los asociados; así como cualquier información de carácter normativo o contractual que le deba ser suministrada..

Mi Correo electrónico queda autorizado para cualquier tipo de notificación por parte de CODELCO o cualquiera de sus proveedores y aplica para procesos judiciales o extrajudiciales

CODELCO lo contactara para su gestión de cobranza de forma directa, por medio de terceros o por sus cesionarios de la obligación o para gestión comercial dentro de los siguientes horarios:
 Lunes a viernes 7:00 am – 7:00 pm Sábados 8:00 am -3:00 pm

En caso de que el crédito otorgado por CODELCO, autorizo expresamente a la entidad o quien ésta delegue para realizar las visitas respectivas de conformidad con el parágrafo 1 del artículo 6 de la Ley 2300 de 2023 y aplicar la metodología diseñada por CODELCO, o cuando sus datos se encuentren desactualizados y CODELCO requiera contactarlo de forma directa, por medio de terceros o por sus cesionarios de la obligación

FIRMA

En constancia de haber leído, entendido y aceptado al momento de la vinculación las declaraciones y autorizaciones del presente documento, así como la información referente a medidas de seguridad, derechos y deberes del consumidor financiero, presentación de quejas y reclamos, guía de bloqueo e inactivación, costos y tarifas de productos y servicios, guía para manejo de la deuda y protección de datos personales, y me he informado y me adhiero a las condiciones del Reglamento de los Productos y Servicios solicitados en el presente documento, los cuales se encuentran a disposición permanente en la página web de la Cooperativa www.codelco.com.co, firmo el presente documento.

Firma Representante Legal Cédula de Ciudadanía Huella Dactilar