



SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE ASOCIADO/AHORRO Y CREDITO

(Diligenciar totalmente con letra legible, sin tachones ni enmendaduras)

NIT 890,904,071-2

Solicitante Codeudor Menor de edad
Representante Legal Menor Autorizado para Manejo de cuenta

FECHA DE SOLICITUD		
DIA	MES	AÑO

Agencia

I. PRODUCTO SOLICITADO

CREDITO		GARANTIA		AHORRO	
Destino:		Deudores solidarios	<input type="checkbox"/>	A la vista:	<input type="radio"/>
Monto:		Hipoteca	<input type="checkbox"/>	A termino:	<input type="radio"/>
Plazo:	Meses	Dirección del inmueble		Contractual:	<input type="radio"/>

II. INFORMACION PERSONAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Tipo de Identificación		Lugar y Fecha de Expedición Cédula	
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		Día	Mes
Cual? N°		Año	
Estado Civil		Genero	Nacionalidad
Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		
Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> U. Libre <input type="checkbox"/>		Numero de hijos	Nivel Educativo
Tipo de Vivienda		Numero de personas a cargo	Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>
Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>			Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Nombre del Arrendador			
Teléfono			
Cual?			
Profesión			

III. DIRECCIONES

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Estrato	Teléfono	Celular
Correo electrónico:	Envío de correspondencia				
	Residencia <input type="radio"/>	SMS <input type="radio"/>			

IV. INFORMACION LABORAL

Ocupación	Empleado o Pensionado	Independiente		
<input type="radio"/> Empleado	Empresa donde labora o fondo de pensiones:	Posee local:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ama de casa	Dirección:	Nombre del negocio		
<input type="radio"/> Pensionado	Teléfono:	Ciudad:	Actividad económica (Del negocio o la actividad que usted desarrolla)	
<input type="radio"/> Independiente	Tipo de Contrato	Fecha de vinculación dd mm aaaa	Dirección:	Barrio:
Código CIU	Fijo <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/>	Cargo:	Teléfono:	No. Empleados
	Prestación de servicios <input type="radio"/> Obra o labor <input type="radio"/>	Actividad económica de la empresa	Tiempo en la actividad:	

Identifique si el solicitante es una PEPS (Persona Expuesta Públicamente) Si No

Administra recursos públicos Si No

Tiene residencia(s) fiscal(es) o extranjería en otro país(es) diferente(s) a Colombia? Si No

V. INFORMACION FINANCIERA

Ingresos		Egresos	
Ingresos promedio mensuales		Egresos promedio mensual	
Salario	\$	Gastos Familiares:	\$
Pensión:	\$	Arrendamiento:	\$
Arrendamientos:	\$	Cuota de Vivienda:	\$
Ingresos netos del negocio	\$	Obligaciones Financieras:	\$
Otros ingresos:	\$	Otros egresos:	\$
Total ingresos:	\$	Total egresos:	\$

Especificación de otros ingresos:

ACTIVOS	PASIVOS	¿Declara Renta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Valor comercial de la vivienda	Obligaciones Financieras:	
Valor comercial del vehículo	Valor de Hipoteca:	
Otros Activos:	Otros Pasivos:	

Realiza transacciones en moneda extranjera? Si No (En caso de haber marcado Si, llenar los campos siguientes)

Tipo de transacción	Producto financiero	Tipo de moneda
Núm. producto	Monto	Entidad
		País

VI. INFORMACION DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Genero	Tipo de Identificación	Numero de Documento	Celular
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> O <input type="radio"/>	CC. <input type="radio"/> NUIP. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> OTRO. <input type="radio"/> CUAL? <input type="radio"/>		Fijo

VII. BENEFICIARIOS

Nombres y Apellidos	No. Documento	Teléfono	Ciudad	Parentesco

VIII. REFERENCIAS

Personal

Nombre:	Parentesco	Teléfono fijo:	Celular:
---------	------------	----------------	----------

Familiar

Nombre:	Parentesco	Teléfono fijo:	Celular:
---------	------------	----------------	----------

Comercial

IX. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que mis ingresos son de origen lícito y que en ningún caso involucran actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios, y por lo tanto no he prestado mi nombre para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen transacciones comerciales a mi nombre. Por lo tanto el dinero entregado a la AMPRI proviene de la siguiente actividad. Nombre: _____.

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE CONDICIONES DEL CREDITO

Certifico que la Asociación Mutual Playa Rica, me ha suministrado toda la información referente a los términos y condiciones del contrato de ahorro y crédito, certifico que acepto y entiendo estas condiciones, especialmente en lo referente a tasa de interés, periodicidad, comisiones, recargos, plazos de créditos y derechos de la Asociación Mutual Playa Rica, para que me contacte y me suministre información mediante los canales de comunicación que disponga, tales como correos electrónicos, mensajes de textos, comunicaciones escritas y llamadas telefónicas, aplicando la normatividad legal que corresponda.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR, REPORTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN/CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a la Asociación Mutual Playa Rica, para que con fines estadísticos y de información crediticia comercial; consulte, solicite, suministre, reporte, procese, divulgue, circule e incluya a las centrales de información de riesgo o cualquier entidad autorizada por la Súper Intendencia Financiera de Colombia, expresamente por la ley 1581 de 2012, relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldos de mis obligaciones crediticias, tiempo de mora en el pago de dichas obligaciones, lo mismo que el suministro de tales informaciones a quienes tuvieran, interés legítimo en ella.

AUTORIZACIÓN, DESTRUCCIÓN O ARCHIVO DE DOCUMENTOS

La Asociación Mutual Playa Rica, estará libremente facultada para aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento. En el caso que los productos solicitados correspondan a créditos. Acepto que serán revocables en cualquier momento. En caso de que la presente solicitud sea negada autorizo irrevocablemente a que todos los documentos que entregue para el estudio me sean devueltos, archivados y destruidos después de (15) días de la decisión de rechazo.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Asociación Mutual Playa Rica, está especialmente sensibilizada en la protección de los datos de los Asociados y beneficiarios, según lo contenido en la Ley 1581 del 2012. La finalidad de la recogida y tratamiento de datos personales, es la gestión y prestación de la personalización de los servicios a los que se está siendo vinculado. Autorizo el tratamiento de mis datos para dicho procedimiento. El compromiso de confidencialidad para huellas dactilares es un acuerdo legal que protege tus datos biométricos, especificando que la empresa solo los usará para control de acceso o asistencia, no los divulgará sin consentimiento (salvo orden judicial) y los almacenará de forma segura, estableciendo responsabilidades y sanciones por incumplimiento, en cumplimiento con leyes de protección de datos como la Ley 1581 de 2012 en Colombia, y te informa sobre tus derechos (acceso, rectificación, supresión)

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS MENORES DE EDAD

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y sus normas reglamentarias, autorizo, en calidad de representante legal de los menores los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad de ASOCIACION MUTUAL PLAYA RICA, para que sean tratados con la finalidad de gestión administrativa, suministrar información para la Entidad como beneficiarios de ejecución de los Ahorros, invitación a eventos y programas de mercadeo.

DECLARACION DE CONOCIMIENTO DE CONDICIONES DE DEPOSITO

Declara que conoce y acepta las condiciones y reglamentos del(os) producto(s) de depósito solicitado(s) y autoriza a la Asociación Mutual Playa Rica para: a) Debitar del ahorro a su nombre cualquier suma que sea por concepto de crédito con la Asociación Mutual Playa Rica, para su cancelación. b) Corregir cualquier error presentado en el depósito c) Bloquear la cuenta y/o trasladar al beneficiario, los recursos depositados en el evento de muerte d) Bloquear e inactivar el depósito cuando la obligación no presente movimientos durante 6 meses consecutivos e) si el ahorro contractual se llegara a retirar antes del tiempo estipulado según el ahorro donde el Usuario está aceptando que la Asociación Mutual Playa Rica le entregue el ahorro en el tiempo determinado en un inicio con los intereses causados, para el ahorro contractual se debe tener en cuenta que se realizara una penalización que corresponde a el 5% del valor ahorrado a la fecha más el 4x1000 según el retiro, por ningún concepto se realizaran retiros parciales de este ahorro. Declara que ha sido informado en forma clara y completa acerca de los siguientes aspectos del seguro de depósitos: inscripción de La Asociación Mutual Playa Rica, objeto, titular(es), productos de depósito cubiertos o no y valores asegurados.

AUTORIZACIÓN DE CONSIGNACIÓN DEL VALOR DEL CRÉDITO O AHORRO

Autorizo a la Asociación Mutual Playa Rica, consignar el valor del crédito que me fue otorgado en la cuenta _____ No, _____ del banco _____ del que soy titular principal.

Se autoriza a la ASOCIACION MUTUAL PLAYA RICA ITAGUI o a quien tenga el manejo para gestionar la cartera en mora, de que se puedan contactar a todos los números telefónicos que aparecen en la solicitud de crédito , incluidos los números telefónicos de las referencias y a los que la Mutual tenga acceso.

SEÑOR ASOCIADO POR FAVOR LEA CON ATENCION: al colocar mi firma y huella hago constar que he diligenciado, leído y conocido el contenido de esta solicitud, incluyendo las autorizaciones otorgadas a la Asociación Mutual Playa Rica y las condiciones de otorgamiento de los productos financieros, los cuales conozco y acepto.	Firma del solicitante/Representante Legal Menor	
	N.º Documento	HUELLA INDICE

Nombre funcionario que recibe	Nombre Asesor Ahorro y Crédito
Firma funcionario que recibe	Firma Asesor Ahorro y Crédito

OBSERVACIONES DEL ASESOR-USO EXCLUSIVO DE LA ASOCIACION MUTUAL PLAYA RICA

