COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO
COOMONOMEROS

SOLICITUD DE CRÉDITO / LIBRANZA

FECHA | | | |

SOLICITANTE ☐ CODEUDOR 1 ☐ CODEUDOR 2 ☐ CODEUDOR 3 ☐

Versión 19
Fecha 05 - Octubre - 2026
Código 0A-R-001

LÍNEA DE CRÉDITO SOLICITADA

☐ ORDINARIO ☐ LIBRE INVERSIÓN ☐ EDUCATIVO ☐ COMPRA DE CARTERA ☐ VEHÍCULO ☐ PRIMAS ☐ CONVENIO ☐ EXTRAORDINARIO ☐ ROTATIVO ☐ OTRO: _____

MONTO A SOLICITAR: _____ PLAZO: _____ Proveedor: _____

*ORIGEN Y DESTINOS FONDOS: Declaro que los Fondos provienen y/o serán destinados a actividades lícitas

DATOS DEL ASOCIADO

1erAPELLIDO | 2do APELLIDO | NOMBRES:

CC ☐ CE ☐ NÚMERO DE ID | CORREO: | CELULAR*

DIRECCIÓN: | CIUDAD: | BARRIO:

*Acepto el envío de notificaciones electrónicas

INFORMACIÓN SOCIO - ECONÓMICA

ESTRATO
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

ESTADO CIVIL
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Separado ☐ Viudo

TIPO DE VIVIENDA
☐ PROPIA ☐ ARRENDADA ☐ FAMILIAR

ESCOLARIDAD
☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Tecnológica ☐ Profesional ☐ Especialización ☐ Maestría ☐ Doctorado.

NOMBRE DEL CÓNYUGUE:

NÚMERO DE PERSONAS A CARGO:

ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD ECONÓMICA
☐ ASALARIADO ☐ PENSIONADO ☐ RENTISTA CAPITAL ☐ INDEPENDIENTE

TIPO DE CONTRATO
☐ INDEFINIDO ☐ FIJO ☐ OBRA O LABOR ☐ N/A

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA:

CARGO QUE OCUPA: | CIUDAD DONDE LABORA:

SALARIO O INGRESOS $ | AÑOS DE ANTIGUEDAD LABORAL O ACT ECONÓMICA

SI ES PENSIONADO, A QUÉ FONDO DE PENSIONES PERTENECE:

INFORMACIÓN FINANCIERA

OTROS INGRESOS: $ | EGRESOS MENSUALES: $

VALOR ACTIVOS: $ | VALOR PASIVOS: $

FORMA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO ☐ TRANSFERENCIA ☐ CHEQUE

TIPO DE CUENTA ☐ AHORRO ☐ CORRIENTE

ENTIDAD BANCARIA

NÚMERO DE CUENTA

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL ASEGURADO

Yo, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE: (Marcar con una X)

No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad: por lo tanto, me encuentro en buen estado de salud. ☐

¿Ha padecido o se le ha diagnosticado algún tipo de enfermedad: cardiovascular, cerebrovascular, enfermedades congénitas, tensión arterial alta, derrame cerebro vascular, pulmonar, neurológica, mental, tiroides, lupus, renal, gastrointestinal, cáncer, tumores, trastornos inmunológicos, diabetes, SIDA, trastorno o lesión subsecuente a cualquier trastorno mental y/o del comportamiento, o alguna otra enfermedad grave, crónica o infecciosa?

SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

¿A la fecha padece algún tipo de enfermedad o malformación? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

¿Tiene previsto someterse próximamente a alguna intervención quirúrgica? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Si su respuesta ha sido afirmativa en alguna de las preguntas anteriores, por favor especifique a continuación fechas, médico tratante y tratamiento _____

De conformidad con lo establecido por la Ley declaro que he recibido y entendido la asesoría que el intermediario de seguros y/o su representante me ha suministrado, en relación con la póliza adquirida.
Si el cliente declara haber padecido alguna enfermedad de las antes mencionadas debe solicitar autorización a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. para ser incluido como asegurado de la póliza vida deudor, diligenciando el formato de asegurabilidad.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y que las que figuran en esta declaración de mi estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, rehabilitación o modificación de la misma y que POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. no asume responsabilidad alguna, si no mediante la expedición de la póliza o certificado de rehabilitación o modificación, previo pago de la prima de seguro siempre que entonces me encuentre en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha habido por mi parte error, falsedad, omisión o reticencia que de haber sido conocidas por POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente; acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

De conformidad con lo estipulado en el Artículo 43 de la Ley 23 de 1981 y de tales normas autorizo a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que a partir de la firma de la presente solicitud y aun después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos documentos que en ella se registren o llegue a ser registrados y de sus anexos.

RENUNCIA Con fundamento en la libertad contractual y autonomía privada **renuncio a la cobertura de incapacidad total o permanente la póliza de vida deudores,** en razón a que me informaron sobre sus exclusiones por preexistencias (65 años) y edad superior a 70 años. FIRMA: _____

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR AFIANZAMIENTO: Autorizo a Coomonómeros descontar de cada desembolso de crédito y por única vez, el porcentaje correspondiente, de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de Crédito vigente, del monto aprobado; esto con destino a cubrir el afianzamiento de dicha obligación.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información, de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos de COOMÓNOMEROS, el cual se encuentra publicado en la página web www.coomonomeros.com.co. Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar mi información, por lo menos, una vez al año.

AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS: Autorizo de manera expresa e irrevocable a MONOMEROS S.A. Nit. 860.020.439-5, ECOFERTIL S.A. Nit. 830.095.890-7 o cualquier otra entidad patronal, con la cual COOMONOMEROS tenga vigente convenio de libranza, descontar de mi sueldo y poner a disposición de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOMONOMEROS Nit 800.000.122-2 la suma indicada en la presente libranza de acuerdo con la ley 1527 de abril de 2012. En caso de retiro por cualquier causa al empleo, antes de la cancelación total de esta libranza, me permito autorizarlo para retener cualquier suma por salario, indemnizaciones, bonificaciones, prestaciones sociales o cualquier otro concepto, la cantidad que sea necesaria para cubrir el saldo insoluto de esta libranza. Además, en el evento de cambiar de empleador, autorizo la continuidad de los descuentos pactados de acuerdo con las leyes vigentes.
Autorizo(amos) a mi(nuestros) empleador(es) para descontar de mi(nuestros) salario(s), prestaciones legales, extralegales, indemnizaciones, bonificaciones de carácter laboral, conciliaciones, pagos de derechos inciertos, pensiones o jubilaciones anticipadas, compensaciones ordinarias, extraordinarias y demás emolumentos, los montos que COOMONÓMEROS solicite, les sean entregados con destino al pago del(los) crédito(s) y sus accesorios.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LA CENTRALES DE RIESGO: Obrando en nombre propio, de manera voluntaria declaro que lo consignado aquí, así como también los documentos suministrados son ciertos. En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a Coomonómeros para obtener de fuentes autorizadas información y referencias relativas a mi comportamiento comercial y crediticio, hábitos de pago, manejo de mis obligaciones generales y para consultar en cualquier momento con la Asociación Bancaria y/o Centrales de Riesgo. Autorizo de manera irrevocable a Coomonómeros para que reporte mi endeudamiento en los archivos de deudores llevados por la Asociación Bancaria, TransUnion (Cifin), Datacrédito o cualquier otra entidad que con el mismo fin se establezca en el futuro y para que en caso de incumplimiento, incluya en los archivos de deudores morosos o con referencias negativas llevadas por dichas entidades, mi nombre y documento de identificación. Exonero de toda responsabilidad a Coomonómeros y a la entidad propietaria del archivo en que se registre la información, de los perjuicios que yo pueda sufrir como consecuencia de dicho registro. Reconozco y acepto que Coomonómeros no es responsable de los periodos de permanencia de tal información en las Centrales de Riesgo, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados. En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

AUTORIZACIÓN PARA CONVENIOS: Autorizo a Coomonómeros renovación automática con el proveedor en los convenios que suscribo y que están sujetos a esta solicitud. Cuando por cualquier motivo quiera suspender dicho convenio, informaré con treinta (30) días de anticipación; teniendo en cuenta las cláusulas de permanencia que exija el proveedor.

AUTORIZACIÓN PARA ABONOS ELECTRÓNICOS EN CUENTA: Autorizo que los pagos que Coomonómeros me haga relacionados con este préstamo, a mi favor, me sea abonado a la cuenta que a continuación autorizo y de la cual soy titular.

FIRMA _____

C.C. # _____

OBSERVACIONES:

INDICE DERECHO

FLEXIBILIDAD EN EL PAGO DE SU CRÉDITO: REALICE ABONOS EXTRAORDINARIOS EN CUALQUIER MOMENTO SIN COSTO, NI SANCIÓN.
NO SE RECIBEN FORMULARIOS CON ENMENDADURAS Y QUE NO ESTÉN COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS CON LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO AUTORIZO DE MANERA PERMANENTE E IRREVOCABLE A COOMONOMEROS PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN ESTE FORMULARIO.
ESTE DOCUMENTO ESTÁ SUJETO A VERIFICACIÓN POR PARTE DE LA ENTIDAD.

Vigilado Supersolidaria

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN: _____

OBSERVACIONES: _____

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR AFIANZAMIENTO: autorizo a Coomonómeros descontar de cada desembolso de crédito y por única vez, el porcentaje correspondiente, de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de Crédito vigente, del monto aprobado; esto con destino a cubrir el afianzamiento de dicha obligación.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Declaro que he sido informado de los derechos que me asisten como titular de la información, de acuerdo con la ley y el manual de políticas de tratamiento de datos de COOMÓNOMEROS, el cual se encuentra publicado en la página web www.coomonomeros.com.co. Igualmente, manifiesto que conozco que estoy obligado a actualizar mi información, por lo menos, una vez al año.

AUTORIZACIÓN PARA DESCUENTOS: autorizo de manera expresa e irrevocable a MONOMEROS S.A. Nit. 860.020.439-5, ECOFERTIL S.A. Nit. 830.095.890-7 o cualquier otra entidad patronal, con la cual COOMONOMEROS tenga vigente convenio de libranza, descontar de mi sueldo y poner a disposición de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO COOMONOMEROS Nit 800.000.122-2 la suma indicada en la presente libranza de acuerdo con la ley 1527 de abril de 2012. En caso de retiro por cualquier causa al empleo, antes de la cancelación total de esta libranza, me permito autorizarlo para retener cualquier suma por salario, indemnizaciones, bonificaciones, prestaciones sociales o cualquier otro concepto, la cantidad que sea necesaria para cubrir el saldo insoluto de esta libranza. Además, en el evento de cambiar de empleador, autorizo la continuidad de los descuentos pactados de acuerdo con las leyes vigentes.

Autorizo(amos) a mi(nuestros) empleador(es) para descontar de mi(nuestros) salario(s), prestaciones legales, extralegales, indemnizaciones, bonificaciones de carácter laboral, conciliaciones, pagos de derechos inciertos, pensiones o jubilaciones anticipadas, compensaciones ordinarias, extraordinarias y demás emolumentos, los montos que Coomonómeros solicite, les sean entregados con destino al pago del(los) crédito(s) y sus accesorios.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LA CENTRALES DE RIESGO: Obrando en nombre propio, de manera voluntaria declaro que lo consignado aquí, así como también los documentos suministrados son ciertos. En mi calidad de titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a Coomonómeros para obtener de fuentes autorizadas información y referencias relativas a mi comportamiento comercial y crediticio, hábitos de pago, manejo de mis obligaciones generales y para consultar en cualquier momento con la Asociación Bancaria y/o Centrales de Riesgo. Autorizo de manera irrevocable a Coomonómeros para que reporte mi endeudamiento en los archivos de deudores llevados por la Asociación Bancaria, **CIFIN S.A.S.** (en adelante "**TransUnion®**), o a **Experian Colombia S.A.** (Datacrédito) o cualquier otra entidad que con el mismo fin se establezca en el futuro y para que en caso de incumplimiento, incluya en los archivos de deudores morosos o con referencias negativas llevadas por dichas entidades, mi nombre y documento de identificación. Exonero de toda responsabilidad a Coomonómeros y a la entidad propietaria del archivo en que se registre la información, de los perjuicios que yo pueda sufrir como consecuencia de dicho registro. Reconozco y acepto que Coomonómeros no es responsable de los periodos de permanencia de tal información en las Centrales de Riesgo, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados.

AUTORIZACIÓN PARA CONVENIOS: Autorizo a Coomonómeros renovación automática con el proveedor en los convenios que suscribo y que están sujetos a esta solicitud. Cuando por cualquier motivo quiera suspender dicho convenio, informaré con treinta (30) días de anticipación; teniendo en cuenta las cláusulas de permanencia que exija el proveedor. AUTORIZACIÓN DE CUENTA PARA ABONOS ELECTRÓNICOS: Autorizo que los pagos que Coomonómeros me haga relacionados con este préstamo, a mi favor, me sea abonado a la cuenta que a continuación autorizo y de la cual soy titular

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR INFORMACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL Y TRABAJO: "En mi calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a **COOMONOMEROS**, identificado con NIT. 800.000.122, en condición de Responsable del Tratamiento de mis datos personales, ubicado en Barranquilla, teléfono 314 430 1841 y a **CIFIN S.A.S.** (en adelante "**TransUnion®**) o a **Experian Colombia S.A.** (en adelante Experian), en condición de Encargado del Tratamiento, o a quien represente sus derechos, a acceder a mis datos personales reportados por los empleadores y/o pensionados y/o por mí en condición de trabajador al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales de Colombia, los cuales se encuentran contenidos en bases de datos de Operadores de información de seguridad social autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social o administradoras de pensiones, a mis datos personales recolectados por medio del presente formulario, y a mi información financiera, crediticia, comercial y/o de servicios contenida en las bases de datos que administra TransUnion o DataCrédito Experian como Operador de información, según la Ley 1266 de 2008, con el fin de darles tratamiento en los términos expresados en la Política de Tratamiento de la Información Personal de **COOMONOMEROS** y en la presente autorización, para finalidades de gestión de riesgo financiero y crediticio tales como: (i) elaboración, valoración y circulación de scores crediticios; (ii) elaboración, valoración y circulación de herramientas de validación y predicción de ingresos; (iii) acceso y uso de herramientas e índices de variación de mis ingresos calculados con mis datos personales mencionados con antelación, con mis datos asociados a mi ubicación y condiciones macroeconómicas de mi ubicación, como el PIB y actividad productiva de mi municipio y departamento contenido en bases de datos de naturaleza pública proveniente del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), y adicionalmente calculados con mis datos que reposan en el SISBEN, los cuales determinan si tengo mayor o menor capacidad de generar ingresos, como lo son los datos de naturaleza pública asociados al grupo y nivel al que pertenezco en el SISBEN; (iv) herramientas para evitar el fraude; (v) en general herramientas que permitan adelantar una adecuada gestión del riesgo financiero y crediticio; y (vi) Compararla, contrastarla y complementarla con la información financiera, comercial, crediticio, de servicios y proveniente de terceros países de Experian.

Declaro que he sido informado que, como titular de la información, tengo derecho a conocer, actualizar o rectificar mis datos personales, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, suprimir o eliminar mis datos personales de las bases de datos de **COOMONÓMEROS**, así como solicitar prueba de la presente autorización; derechos que podré ejercer, solicitándolo a través del correo electrónico coomonomeros@coomonomeros.com.co. En caso de querer más información sobre el tratamiento de mis datos personales, conozco que podré acceder a la Política de Tratamiento de datos de **COOMONÓMEROS** en el siguiente canal: **www.coomonomeros.com.co**".

En constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior, firmo el presente documento el (día _____) (Mes _____) (Año _____).

Nombre: _____

Cédula: _____ **Firma:** _____