



1. INFORMACIÓN DEUDOR

1^{er} Nombre _____ 2^{do} Nombre _____
 1^{er} Apellido _____ 2^{do} Apellido _____
 Documento de identidad N° _____ Dirección Residencia _____
 Barrio _____ Teléfono _____ Municipio _____ Departamento _____
 Celular _____ Correo electrónico _____
 Nombre de la empresa _____ Dirección, Bloque y Oficina _____
 Actividad de la empresa _____ Municipio _____ Departamento _____
 Barrio _____ Teléfono _____ Cargo _____ Tipo de Contrato _____
 No. de Hijos ____ No. de personas a cargo ____ Tipo de vivienda: Propia ____ Familiar ____ Arrendada ____
 Pertenece a alguno de los de los siguientes grupos o tiene vínculo familiar o de afinidad con alguno de ellos:
 Consejo de Administración ____ Junta de Vigilancia ____ Altos Directivos ____ en el caso de ser familiar, escribir el nombre y cédula del familiar que cumple las características. _____

Monto Solicitado \$ _____ Plazo _____
 Destino: Vivienda Comercial Consumo Tarjeta de crédito
 Línea (Espacio reservado para la Cooperativa) _____
 Forma de pago: Nómina Débito automático Caja
 Periodicidad en los pagos: Quincenal Mensual Pago único
 Pago con primas: Si No Número de primas _____ Valor de las primas _____
 Recoge crédito Si No Entidad _____ Valor _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL DEUDOR

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Salarios	\$	Arrendamiento	\$
Honorarios y Comisiones	\$	Cuotas Préstamos Bancarios	\$
Otros Ingresos Permanentes	\$	Gastos Familiares	\$
Descripción otros Ingresos	\$	Otros Egresos	\$
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$

3. BIENES RAÍCES DEL DEUDOR

Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	
Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	

4. VEHÍCULOS DEL DEUDOR

Marca	Modelo	Placa	Prenda a favor de	Valor deuda	Valor comercial

5. GARANTÍAS OFRECIDAS DEL DEUDOR

Codeudor

Personal

Prendaria Descripción _____ Valor \$ _____

Hipotecaria Descripción _____ Valor \$ _____

Pignoración de Ahorro Descripción _____ Valor \$ _____

6. REFERENCIAS DEL DEUDOR

FINANCIERA Entidad _____ Ciudad _____ Teléfono _____

PERSONAL Nombre _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Parentesco _____

FAMILIAR Nombre _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Parentesco _____
(Que no vivan con usted)

7. INFORMACIÓN DEL CODEUDOR

1^{er} Apellido _____ 2^{do} Apellido _____ 1^{er} Nombre _____ 2^{do} Nombre _____

Documento de identidad N° _____ Dirección Residencia _____

Barrio _____ Teléfono _____ Municipio _____ Departamento _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Nombre de la empresa _____ Dirección, Bloque y Oficina _____

Actividad de la empresa _____ Municipio _____ Departamento _____

Barrio _____ Teléfono _____ Cargo _____ Tipo de Contrato _____

8. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CODEUDOR

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Salarios	\$	Arrendamiento	\$
Honorarios y Comisiones	\$	Cuotas Préstamos Bancarios	\$
Otros Ingresos Permanentes	\$	Gastos Familiares	\$
Otros Ingresos	\$	Otros Egresos	\$
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$
Descripción otros Ingresos			

9. BIENES RAÍCES DEL CODEUDOR

Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	
Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	

10. VEHÍCULOS DEL CODEUDOR

Marca	Modelo	Placa	Prenda a favor de	Valor deuda	Valor comercial

11. REFERENCIAS DEL CODEUDOR

FINANCIERA Entidad _____ Ciudad _____ Teléfono _____

PERSONAL Nombre _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Parentesco _____

FAMILIAR Nombre _____ Ciudad _____ Teléfono _____ Parentesco _____
(Que no vivan con usted)

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL DEUDOR

Favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|
| 1. Afecciones o disfunciones cardiovasculares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 7. Alcoholismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Afecciones cerebrovasculares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Tabaquismo / Drogadicción | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Hipertensión arterial | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Enfermedades congénitas | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH positivo / SIDA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Enfermedades del colágeno | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. Intervención quirúrgica si o no | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. Hipertiroidismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | | 13. Hipotiroidismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

¿Cuál? ¿Cuáles? _____

En caso de contestar si a alguna de las preguntas o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección adicción favor explicar detalladamente

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier institución médica que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por **COOPRUDEA** o la compañía aseguradora que ella asigne sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

AUTORIZACIONES

En mi calidad de Titular de la información, actuando libre y voluntariamente, autorizo a **COOPRUDEA**, identificado con NIT. 890.985.032-1, en condición de Responsable del Tratamiento de mis Datos Personales, ubicado en Calle 67 No. 53 - 108 Bloque 22 - Oficina 213, teléfono 604 516 7686 y 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 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 **COOPRUDEA** 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 **COOPRUDEA**, así como solicitar prueba de la presente autorización; derechos que podré ejercer vía electrónica al correo: protecciondedatos@cooprudea.com o vía correo certificado a la dirección: Calle 67 No. 53-108, Bloque 22, Oficina 213 en Medellín. 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 **COOPRUDEA** en el siguiente canal: <https://www.cooprudea.com/politica-de-tratamiento-de-datos-personales>

Adicional a lo anterior, en caso de elegir como forma de pago de la obligación el débito automático, autorizo a **COOPRUDEA** para debitar la cuota del crédito o cualquier obligación pendiente, de manera inmediata, en el momento en que la entidad reciba el pago de mi nómina de la Universidad de Antioquia o del dinero disponible en mi cuenta de ahorros en **COOPRUDEA**.

Firma Deudor _____

Firma Codeudor _____



RECIBIDO

Fecha: D / M / A

Firma _____

Hora: _____



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Calle 67 No. 53 - 108 Bloque 22 - Oficina 213 Medellín, Colombia
Conmutador: 604 516 7686
E-mail: cooperativa@cooprudea.com
www.cooprudea.com