

SOLICITUD DE VINCULACIÓN ÚNICA DE CLIENTE

Este formato debe diligenciarse en cumplimiento al Sistema de Auto Gestión del Riesgo del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

FECHA DE SOLICITUD:		TIPO DE CLIENTE: <input type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN		NÚMERO DE RADICACIÓN:		OFICINA:	
CÓDIGO EMPLEADO:		NOMBRE EMPLEADO:		CÓDIGO ARCHIVO:		CÓDIGO PRODUCTO:	
INFORMACIÓN GENERAL							
DILIGENCIA SÓLO SI ES CLIENTE NUEVO A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO CONOCIÓ A INTERACTUAR: REFERIDO <input type="checkbox"/> VOLANTES <input type="checkbox"/> REMITIDO ASESOR <input type="checkbox"/> RADIO <input type="checkbox"/> AFICHES <input type="checkbox"/> OFICINA MÓVIL <input type="checkbox"/> PRENSA <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUÁL? _____							
PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRES:			
SEXO: MAS. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>		C.C. No. <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/>		ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		No. DE PERSONAS A CARGO:	
FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA		NACIONALIDAD:		DIRECCIÓN RESIDENCIA:			
DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:		BARRIO/VEREDA:		ESTRATO SOCIAL:	
TELÉFONO RESIDENCIA:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO:			
FACEBOOK:		TWITTER:		INSTAGRAM:			
ES CABEZA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>		PROPIA FAMILIAR <input type="checkbox"/>		NOMBRE ARRENDADOR:	
TELÉFONO ARRENDADOR:							
ESTUDIOS REALIZADOS: PRIMARIA UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/>		BACHILLERATO POSGRADO <input type="checkbox"/>		TÉCNICOS NINGUNO <input type="checkbox"/>		ACTIVIDAD: INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/>	
ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> AMA DE CASA <input type="checkbox"/>		JUBILADO <input type="checkbox"/>		OTRO <input type="checkbox"/>			
EMPRESA DONDE LABORA:		DIRECCIÓN:					
TELÉFONO:		EXT:		CARGO:			
NOMBRE DEL CÓNYUGE:		EMPRESA DONDE TRABAJA:					
C.C.:		CARGO:		SALARIO MENSUAL:		ANTIGÜEDAD:	
						TELÉFONO:	
INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES PERSONALES							
INGRESOS	PROPIOS	CÓNYUGE	OTROS FAMILIARES	EGRESOS	PROPIOS	CÓNYUGE	OTROS FAMILIARES
SALARIO DUEÑO FAMIEMPRESA				CUOTA ARRENDAMIENTO/ CUOTA VIVIENDA			
HONORARIOS, INTERESES RECIBIDOS				CUOTA VEHÍCULOS			
ARRENDAMIENTOS RECIBIDOS				GASTOS FAMILIARES			
OTROS INGRESOS: (ANEXAR COMPROBANTES)				CUOTAS PERSONALES			
TOTAL INGRESOS				TOTAL EGRESOS			
INFORMACIÓN DE BIENES RAÍCES							
ACTIVOS PROPIOS CASA/FINCA: POSEO EL %		No. ESCRITURA NOTARÍA:		MATRÍCULA:		HIPOTECA A FAVOR DE:	
DIRECCIÓN:		VALOR COMERCIAL:		SALDO DEUDA:			
INFORMACIÓN DE VEHÍCULOS							
MARCA:		MODELO:		PLACA:		VALOR COMERCIAL:	
SALDO DEUDA:		PRENDA A FAVOR DE:					
INFORMACIÓN DE LA FAMIEMPRESA							
NOMBRE DE LA FAMIEMPRESA:				TEL:			
DIRECCIÓN:		COORDENADAS:		BARRIO/VEREDA:		R: <input type="checkbox"/> U: <input type="checkbox"/>	
MUNICIPIO:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		<input type="checkbox"/> OTROS ¿CUÁL? _____		SECTOR	
AÑOS EXPERIENCIA		FECHA DE INICIO: DD MM AAAA		EMPLEOS ACTUALES:		INGRESOS ANUALES	
NOMBRE ARRENDADOR:		TELÉFONO ARRENDADOR:		EMPRESA AGENERAR:			
REFERENCIAS							
PROVEEDOR:		TEL:		CIUDAD:			
PROVEEDOR:		TEL:		CIUDAD:			
COMERCIAL:		TEL:		CIUDAD:			
REFERENCIA EN ZONA:		TEL:		CIUDAD:			
FAMILIAR QUE NO RESIDA CON USTED:		TEL:		CIUDAD:			
NOMBRE REFERIDO		CÉDULA:		TEL:		CIUDAD:	
						BARRIO EMPRESA:	
AUTORIZACIONES GENERALES							

Vinculación única de Cliente: Mediante la suscripción del presente documento declaro conocer y aceptar el contenido de los reglamentos de los servicios financieros y de conocimiento publicados en el sitio www.interactuar.org.co, y acepto mi vinculación única como cliente de la Corporación Interactuar, para lo cual otorgo las siguientes autorizaciones generales a dicha entidad. Estas autorizaciones permanecerán vigentes hasta que expresamente manifieste mi intención de revocarlas.

Autorización de consulta y reporte a centrales de riesgo: Autorizo de manera previa, expresa e informada a INTERACTUAR para obtener, consultar y reportar a las Centrales de Información de la Asociación Bancaria de Colombia, Data crédito, Pro crédito y demás entidades autorizadas para tales efectos, la información relacionada con mi comportamiento crediticio, resultado de toda clase de operaciones que efectúe o haya efectuado con el sector financiero u otros sectores. Igualmente, autorizo a INTERACTUAR para que, en cumplimiento de la Ley 1266 de 2008 y sus Decretos Reglamentarios, me notifique los reportes negativos a Centrales de Riesgo mediante contactos telefónicos o mensajes de texto o correos electrónicos, a los números de teléfono fijo, celular que declaro son de mi propiedad o informados mediante el presente documento, o en el transcurso de la relación comercial y/o contractual.

He sido informado sobre la necesidad del acceso por parte de INTERACTUAR a estos datos, para poder ejecutar en debida forma el contrato de crédito que nos vincula o nos llegase a vincular, evaluando el nivel de riesgo del mismo, así mismo he sido informado que puedo revocar esta autorización únicamente después de que se haya agotado el presente deber contractual, es decir, una vez cancelado y liquidado el crédito que he adquirido con INTERACTUAR

Autorización tratamiento de datos personales: Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la Corporación Interactuar para que en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, y su decreto Reglamentario 1377 de 2013 realice el tratamiento de mis datos personales y sensibles conforme a su política de Tratamiento de Datos Personales, la cual declaro conocer, aceptar y que se encuentra publicada en el sitio www.interactuar.org.co. Esta autorización le permitirá a la Corporación Interactuar recolectar, transferir, almacenar, usar, suprimir, compartir, actualizar y transmitir mis datos personales y en general usarlos para fines relacionados con su objetivo social, en especial para fines legales, contractuales y comerciales descritos en su política de tratamiento de datos personales; y para la promoción de productos, servicios y eventos de Interactuar y las entidades aliadas con las que la Corporación ejecuta proyectos en beneficio de los clientes.

Autorización deducciones y destrucción de información: Autorizo a Interactuar para realizar las deducciones correspondientes por concepto de: estudio del crédito, Garantías de Crédito, honorarios, comisiones Ley 590/2000, seguro de deudores y servicios voluntarios con cargo al crédito aprobado y acepto que una vez devengadas tales deducciones, estas no son reembolsables. Acepto las condiciones del desembolso de este crédito y certifico que la información suministrada fue clara y precisa.

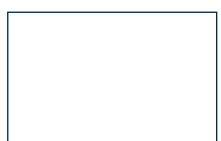
Destrucción de documentos: En caso de no ser aprobada la presente solicitud de crédito, Interactuar podrá destruir los documentos diligenciados y aportados para su estudio, una vez transcurridos 240 días contados a partir de la fecha de la solicitud.

Declaración de origen de fondos: 1). Declaro expresamente y de manera voluntaria que los recursos y/o bienes que manejo provienen lícitamente de mi actividad comercial y/o profesión, 2). La información aquí consignada es veraz, 3). Dichos recursos no provienen de alguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, 4). Manifiesto bajo gravedad de juramento que ni yo, ni la sociedad que represento, tenemos, ni hemos tenido participación, vinculación o relaciones jurídicas o comerciales con empresas relacionadas con actividades ilícitas, 5). En caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, la CORPORACIÓN INTERACTUAR podrá hacer exigibles las obligaciones a mi cargo. En el caso de existir saldos a mi favor, la Corporación podrá saldar mis obligaciones de manera automática, 6). Eximo a la CORPORACIÓN INTERACTUAR de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o la violación del mismo, 7) Me comprometo a actualizar anualmente la información que a bien se tenga.

Declaración conocimiento de reglamento: En mi calidad de cliente, declaro que conozco, fui informado y acepto el reglamento de servicios de conocimiento de la Corporación Interactuar, en el cual se establecen condiciones de la prestación del servicio y los derechos y obligaciones que adquiero. Así como la disponibilidad de obtenerlo físico o consultarlo en la página: www.interactuar.org.co según lo prefiera.

FIRMA: _____

C.C. _____



Huella índice derecho

LOS ESPACIOS SOMBREADOS SON PARA USO EXCLUSIVO DE INTERACTUAR. DILIGENCIE EN LETRA IMPRENTA O A MÁQUINA.

MONTO SOLICITADO:		PLAZO MESES	CUOTA
CAPITAL DE TRABAJO		ACTIVOS FIJOS Y OTROS	
INVENTARIO	\$	MAQUINARIA Y EQUIPO	\$
PAGO A PROVEEDORES	\$	VEHÍCULO	\$
PAGO A TERCEROS	\$	VIVIENDA	\$
FINANCIAR CUENTAS X COBRAR	\$	LOCAL	\$
OTRO	\$	TERRENO	\$
		OTROS	\$
CUAL		CUALES	
ALIANZA:	VALOR CHEQUE	CALIFICACIÓN INTERNA	

Autorizo a Interactuar para que el dinero producto del préstamo que solicito en caso de ser aprobado, sea entregado en:

GANA Daviplata Bancolombia Ahorro a la Mano Cheque Transferencia en la siguiente cuenta Otro ¿Cuál?

ENTIDAD FINANCIERA:

CUENTA No. TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE

Exonero a Interactuar de toda responsabilidad en caso de que los datos aquí relacionados no sean exactos en su totalidad.

Documentos a anexar por el cliente:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia Cédula de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Carta Laboral | <input type="checkbox"/> Cámara de Comercio | <input type="checkbox"/> Balance general y estado de resultados |
| <input type="checkbox"/> RUT | <input type="checkbox"/> Factura de Servicios Públicos | <input type="checkbox"/> Extractos Bancarios | <input type="checkbox"/> Copia Resolución Gran Contribuyente |
| <input type="checkbox"/> Industria y Comercio | <input type="checkbox"/> Impuesto Predial | <input type="checkbox"/> Matrícula del Vehículo | |
| <input type="checkbox"/> Facturas Proveedores | <input type="checkbox"/> Certificado Libertad y tradición | <input type="checkbox"/> Copia Declaración de Renta | |

INFORMACIÓN SERVICIOS DE CONOCIMIENTO

NOMBRE DEL SERVICIO:

FORMA DE PAGO:

A NOMBRE DE QUIÉN SE REALIZARÁ LA FACTURA:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIRÁ EL SERVICIO:

PRECIO DEL SERVICIO:

NÚMERO DE HORAS ASIGNADAS:

LUGAR DE PRESTACIÓN:

TIEMPO MÁXIMO DE EJECUCIÓN :

NECESIDAD DEL SERVICIO O CURSO:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	%	PARENTESCO
Interactuar hasta por el monto de la deuda a la fecha en que la aseguradora haga el reconocimiento.					

APROBACIÓN FINAL (Espacio reservado para Interactuar)

CUANTÍA APROBADA:	PLAZO MESES	FONDOS SUGERIDOS:	FONDO DESEMBOLSADO:
GARANTÍAS EXIGIDAS (DESCRIPCIÓN):			
OTRAS CONDICIONES:			
CANCELA CRÉDITO (S) #:			
FIRMA AUTORIZADA:	FECHA DE APROBACIÓN:	FECHA AVISO:	
CÓDIGO CRÉDITO:	ORDEN DE PAGO:	CLIENTE VISITADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FIRMA ASESOR: