

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: NUEVO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>		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. _____	NIT: _____	ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	No. DE PERSONAS A CARGO: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	DD	MM	AAAA		
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		MUNICIPIO:		DIRECCIÓN CORRESPONDENCIA:		BARRIO/VEREDA:		ESTRATO SOCIAL:		
DEPARTAMENTO:		TELÉFONO RESIDENCIA:		CELULAR:		CORREO ELECTRÓNICO:				
FACEBOOK:		TWITTER:		INSTAGRAM:						
ES CABEZA DE FAMILIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		TIPO DE VIVIENDA: 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 AMA DE CASA <input type="checkbox"/>		JUBILADO 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:		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:		COORDENADAS		GRADOS	MIN.	SEG.
DIRECCIÓN:				BARRIO/VEREDA:		LATITUD				
						LONGITUD				
MUNICIPIO:		ACTIVIDAD ECONÓMICA:		OTROS ¿CUÁL? _____		AÑOS EXPERIENCIA _____		PRODUCCIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/>		COMERCIO <input type="checkbox"/> AGROPECUARIO <input type="checkbox"/>
FECHA DE INICIO:	DD	MM	AAAA	EMPLEOS ACTUALES:	EMPLEOS A GENERAR:	NOMBRE ARRENDADOR:		TELÉFONO ARRENDADOR:		
REFERENCIAS										
PROVEEDOR:				TEL:		CIUDAD:				
PROVEEDOR:				TEL:		CIUDAD:				
COMERCIAL:				TEL:		CIUDAD:				
FAMILIAR QUE NO RESIDA CON USTED:				TEL:		CIUDAD:				
NOMBRE REFERIDO				CÉDULA:		TEL:		CIUDAD:		BARRIO EMPRESA:
AUTORIZACIONES GENERALES										
<p>Vinculación única de Cliente: Mediante la suscripción del presente documento 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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>Autorización deducciones y destrucción de información: Autorizo a Interactuar para realizar las deducciones correspondientes por concepto de: estudio del crédito, Fondo de Garantías de Antioquia, honorarios, comisiones Ley 590/2000, seguro de deudores y servicio exequial voluntario con cargo al crédito aprobado y acepto que una vez devengadas tales deducciones, estas no son reembolsables.</p> <p>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.</p> <p>Declaración de origen de fondos: 1). 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 veráz, 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 CORPORACION 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 CORPORACION 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.</p>										

FIRMA: _____ c.c. _____



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	PROCREDITO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

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

Cheque Bancolombia Cheque Banco Agrario Daviplata Bancolombia Ahorro a la Mano Traslado en la siguiente cuenta

CUENTA No. _____ TIPO DE CUENTA: AHORROS CORRIENTE

ENTIDAD FINANCIERA: _____ SUCURSAL: _____ TELÉFONO: _____

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 | |

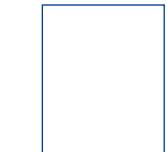
INFORMACIÓN SERVICIOS DE CONOCIMIENTO

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.					

FIRMA: _____ C.C. _____



Huella índice derecho

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: