



# COOPENSIDEMA

Cooperativa de Crédito Pensionados del IDEMA

NIT. 860.403.961-3

Personería Jurídica Resolución No. 0309 de Febrero 25 de 1983

Carrera 15 No. 54 - 40 • Tels.: 631 7777 - 631 3941 - Cel. 310 269 2791 • Bogotá, D.C. - Colombia

E-mail: secretariacoopensidema@gmail.com - www.coopensidema.com

“DONDE TODO ES PARA TODOS”

## LIBRANZA

DATOS PERSONALES	CIUDAD Y FECHA _____ VALOR SOLICITADO \$ _____
	NOMBRE DEL ASOCIADO _____ C.C. No. _____
	DIRECCIÓN _____ TEL. _____ CEL. _____ CIUDAD _____
	CLASE DE PRESTAMO _____ FORMA DE PAGO _____ PLAZO _____
	CORREO ELECTRONICO: _____
Autorizo a COOPENSIDEMA para que consigne en cuenta No. _____ AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/>	
BANCO _____ A NOMBRE DE _____ C.C. _____	

ESTUDIO Y APROBACION DEL CREDITO	APORTES SOCIALES <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A VALOR \$ _____ MESADA \$ _____
	VALOR APROBADO \$ _____
	MENOS \$ _____
	PRESTAMO _____ \$ _____
	PRESTAMO _____ \$ _____
	OTROS CONCEPTOS _____ \$ _____
	SEGURO DE CARTERA _____ \$ _____
TARIFA SEGURO _____ PAGARE _____ EDAD _____ VALOR A GIRAR \$ _____	

Señor Tesorero de la entidad pagadora de las mesadas pensionales: Yo: \_\_\_\_\_ por medio de esta libranza lo autorizo irrevocablemente para pagar a la COOPERATIVA DE CREDITO DE PENSIONADOS DEL IDEMA "COOPENSIDEMA" y/o a quien sus derechos represente, la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ mensuales en \_\_\_\_\_ cuotas, a partir del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ y hasta completar la suma de \$ \_\_\_\_\_ que he recibido de dicha Cooperativa en calidad de préstamo, más intereses. Esta suma deberá ser descontada de las mesadas pensionales, o reajustes que me corresponden como pensionado.

En mi calidad de asociado, garantizo que en el momento del desembolso de mi crédito, mi estado de salud y habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y en general no presento ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo al artículo 1058 de Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguros.

Así mismo autorizo expresamente a cualquier médico o persona que me haya atendido a suministrar toda la información solicitada por la COOPERATIVA DE CREDITO DE PENSIONADOS DEL IDEMA "COOPENSIDEMA" o a la compañía Aseguradora sobre el estado de salud pasado o presente.

En el evento en que la compañía de seguros no ampare el saldo de la deuda contraída con COOPENSIDEMA y en consecuencia no reconozca el respectivo seguro de cartera, en caso de mi fallecimiento autorizo en forma irrevocable a COOPENSIDEMA para cruzar las deudas contraídas con mis aportes, auxilios y demás dineros a mi favor.

Autorizo a COOPENSIDEMA para que modifique dentro de la vigencia de este crédito la tarifa del Seguro Vida Deudores en el evento en que la compañía de seguros así lo exija.

Como asociado garantizo que no estoy tramitando ningún crédito con otra entidad solidaria, entidad financiera y otras que comprometa la cuota solicitada en este préstamo, así mismo, no me encuentro incurso de algún tipo de embargo.

En caso de retiro como asociado de la Cooperativa, autorizo que el saldo a favor de COOPENSIDEMA se liquide a la tasa de interés corriente de la línea de crédito que corresponda, más los puntos adicionales que establezca el reglamento de crédito vigente a la fecha de mi retiro.

Así mismo, renuncio a la prescripción extintiva de mi obligación y cancelaré honorarios profesionales, liquidados al \_\_\_\_% sobre el monto del recaudo y gastos que demanda la Cobranza en caso de incumplimiento de mi obligación crediticia.

Además autorizo a COOPENSIDEMA o a quien represente sus derechos u obste en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la Central de Información Financiera CIFIN que suministre a la Asociación Bancaria y a Entidades Financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignarán de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. Yo autorizo a COOPENSIDEMA a no tramitar mi retiro de la Cooperativa, ni a que me devuelvan mis aportes a la fecha hasta tanto haya cancelado el valor total del(os) crédito(s) adquirido(s) con COOPENSIDEMA.

ASOCIADO	HUELLA	POR LA ENTIDAD PAGADORA	POR LA COOPERATIVA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Firma y C.C. <input checked="" type="checkbox"/>			Gerente