



Solicitud No.	
Cliente No.	
<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Renovado
Oficina / PSV	Fecha de Solicitud

VINCULACIÓN PERSONA JURÍDICA

Titular Deudor Solidario Codeudor

Producto Solicitado	<input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> CDT	DD	MM	AA
---------------------	--	----	----	----

Asesor	Código Asesor
--------	---------------

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

Monto Solicitado	Plazo: MESES	Cuota a Pagar \$	Día de Pago de la Cuota	D	Frecuencia de Pago	Men	Trim	Otro	Meses		
Descripción de la Garantía	Destino del Crédito	Capital de Trabajo	Activos Fijos	Sustitución de Pasivos	Tipo Garantía	DS	Cod	Veh	Hip	FNG	Valor de la Garantía \$
Detalle la Inversión de Crédito	Dirección Correspondencia		Ciudad			Departamento					

DATOS GENERALES

Razón social											NIT						
Tipo de Empresa	<input type="checkbox"/> Púb	<input type="checkbox"/> Priv	<input type="checkbox"/> Mixta	Fecha de Constitución	DD	MM	AA	Sector	C	I	S	Retefuente.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Autorretenedor.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Actividad Económica	Cod CIU		Teléfono														
Dirección	Barrio			Ciudad			Departamento										
Nombre Contacto	Cargo			Teléfono			Celular										
Correo Electrónico	Tamaño de la Empresa			N° de Empleados			N° de Empleos a Generar										

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellidos	Nombres			Tipo ID	C.C.	C.E.	No. Documento			
Fecha de Expedición	DD	MM	AA	Lugar Exp	Dirección			Barrio	Teléfono	Celular
Fax	Correo Electrónico			Dpto	Ciudad			Pais de Nacionalidad 1	Pais de Nacionalidad 2	Pais de Nacionalidad 3
Atribuciones	Maneja Recursos Públicos			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Es una Persona con Reconocimiento Público.			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

RELACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS CON MAS DEL 5% DE PARTICIPACIÓN EN LA EMPRESA

Tipo ID	C.C.	C.E.	NIT	No. Doc.	Nombres y Apellidos	%	Teléfono	Declaración FATCA. Usted esta obligado a tributar en otro país?	SI	NO
Tipo ID	C.C.	C.E.	NIT	No. Doc.	Nombres y Apellidos	%	Teléfono	SI	NO	
Tipo ID	C.C.	C.E.	NIT	No. Doc.	Nombres y Apellidos	%	Teléfono	SI	NO	
Tipo ID	C.C.	C.E.	NIT	No. Doc.	Nombres y Apellidos	%	Teléfono	SI	NO	
Tipo ID	C.C.	C.E.	NIT	No. Doc.	Nombres y Apellidos	%	Teléfono	SI	NO	

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre:	Teléfonos:	Ciudad:	Tip	Ver	Calif
Nombre:	Teléfonos:	Ciudad:	Prov		
Nombre:	Teléfonos:	Ciudad:	Prov		
Nombre:	Teléfonos:	Ciudad:	Cliente		

INFORMACIÓN AHORROS

Solicitud CDT	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Beneficiario	Monto	Plazo
---------------	--	-------	-------

INFORMACIÓN FINANCIERA

FLUJO DE CAJA

INGRESOS	TOTALES MENSUALES	ACTIVOS	TOTAL ANUAL O PERIODO ANUAL
Ventas		Activos Corrientes	
Otros Ingresos		Activos no Corrientes	
		Otros Activos	
GASTOS		TOTAL DE ACTIVOS	
Costos de Ventas		Pasivos Corrientes (Menor 1 Año)	
Gastos Operacionales		Pasivos No Corrientes (Mayor 1 Año)	
Gastos Financieros		Otros Pasivos	
Otros Gastos		Total de Pasivos	
UTILIDAD NETA		Patrimonio (Activo - Pasivo)	
		Fecha de Corte	

* DETALLE DE INMUEBLES

Clase	Dirección	Ciudad	Valor Comercial	Hipoteca	Saldo Hipoteca
				S N	\$
				S N	\$
				S N	\$

* DETALLE DE VEHICULOS

Clase	Marca	Modelo	Placa	Tipo Servicio	Valor Comercial	Prenda	Saldo Crédito
				Pub Part		S N	\$
				Pub Part		S N	\$
				Pub Part		S N	\$

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Realiza operaciones en moneda extranjera?		Tipo:	Importación Exportación	Inversiones Pago Servicios	Giros al Exterior Cambio Divisas	Préstamos Otros	Cuáles?
Si	No	Tipo Cuenta	No.	Banco	Ciudad / País	Moneda	

DECLARACIÓN FATCA. Usted esta obligado a tributar en otro país. Si No Indique Cual?: _____

CONOCIMIENTO SEGURO DE DEPÓSITO FOGAFIN

Manifiesto que de acuerdo con la CIRCULAR EXTERNA 050 de 2009, impartida por la Superfinanciera, he recibido por parte de Opportunity International Compañía de Financiamiento la información correspondiente al seguro de depósitos de FOGAFIN que ampara los productos de ahorro.

AUTORIZACIÓN PARA REPORTE Y CONSULTA CENTRALES DE RIESGO Y DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Autorizo a **OPPORTUNITY INTERNATIONAL COLOMBIA S.A.**, así como a filiales o subsidiarias de ésta o a quien en el futuro represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor, de manera irrevocable para reportar, consultar, procesar, solicitar y divulgar ante cualquier central de información o entidad que maneje bases de datos; el nacimiento, modificación, extinción de cualquier obligación directa e indirecta, contraídas o que llegue a contraer con el sector Financiero o Real. Adicionalmente, autorizo a que me sean enviados mensajes comerciales, publicitarios, sobre los reportes realizados o por realizar a centrales de información, movimientos de productos y/o cualquier otra información a la dirección electrónica, e-mail, teléfonos, dirección física o cualquier otro dato de contacto que haya suministrado, en la solicitud de información o cualquier otro medio de información. Declaro entender y aceptar que todo incumplimiento de obligaciones de productos adquiridos por la entidad, la faculta a efectuar reportes negativos que reflejas dicha situación.

Declaro que mis ingresos y mis activos provienen de ACTIVIDADES LÍCITAS. Los recursos que utilizaré en el pago de las cuotas o con los cuales cancelaré los créditos o los que entregaré en depósito provienen de: _____

y que no admitiré que terceros efectuen pagos o abonos a las obligaciones a mi cargo con fondos provenientes de actividades ilícitas

OTRAS AUTORIZACIONES

Autorizo a **OPPORTUNITY INTERNATIONAL COLOMBIA S.A.**, para que a través de mi cuenta de ahorros efectúe operaciones débito o crédito relativas al costo del talonario y/o tarjeta débito que me sean entregados, valor correspondiente al capital e intereses por concepto del préstamo a mi cargo, desembolso de mi crédito, las sumas correspondientes a consultas en centrales de riesgo, estudio de crédito, intereses anticipados y el valor de la prima de póliza para seguro de deudores (si es el caso), o sobre bienes en garantías, cuotas ordinarias o extraordinarias de aportes sociales, cuotas sociales que se deriven de mi vinculación como cliente de **OPPORTUNITY COLOMBIA** y pago de servicios recibidos de terceros como seguros, servicios, etc., para lo cual me comprometo a mantener en la cuenta referida el saldo suficiente para atender oportunamente las cuotas pactadas. Las consignaciones en cheque destinadas a cubrir dichos valores, las efectuaré con debida antelación todo en aras de que se efectúe el canje respectivo. Me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio de cuenta, así mismo dejo constancia que si eventualmente el abono del crédito no se pudiera efectuar por bloqueo en la cuenta o cualquier otra circunstancia de manejo, **OPPORTUNITY** no será responsable. Hago

constar que conozco y recibí los reglamentos de productos y servicios aprobados por **OPPORTUNITY**.

Autorizo a **OPPORTUNITY**, para que en el evento que esta solicitud sea negada, pueda proceder a la destrucción de los documentos aportados.

Declaro que previo al otorgamiento y aceptación del producto, he recibido información cierta, clara, suficiente y oportuna, sobre las características, condiciones, medidas de seguridad, recomendaciones, costos y riesgos de los productos que he adquirido con, como también de los derechos, responsabilidades y medidas de seguridad que debo tener en el manejo de los mismos; adicionalmente conozco las características, beneficios y limitaciones del seguro de depósito FOGAFIN. La información no diligenciado en este formato, declaro que ya la tiene la entidad y lo autorizo para llenar todos los demás campos con base en los soportes e información que personalmente le he suministrado. Declaro que toda la información suministrada en esta solicitud es veraz y verificable, que encuentro satisfactorio el diligenciamiento de este formulario y manifiesto que han informado y entregado las políticas de cobro pre jurídico y jurídico. Me comprometo a actualizar información por lo menos una vez al año y/o cuando **OPPORTUNITY** lo considere conveniente.

AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 DE 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013. En mi calidad de titular de la información, AUTORIZO a **OICOLOMBIA** de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para tratar mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web www.oicolombia.com.co. **OICOLOMBIA** podrá procesar, recolectar, almacenar, usar, suprimir, recaudar, consultar, solicitar, suministrar, compilar, confirmar, modificar, emplear, analizar, estudiar, conservar, recibir, actualizar, dar tratamiento y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en las distintas bases de datos de la entidad, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, la gestión propia de la actividad (incluyendo la cobranza), el mantenimiento, desarrollo y control de la misma. Esta información también podrá ser utilizada para la realización de estudios de mercado, adaptación de la publicidad en función de las segmentaciones realizadas, análisis estadísticos y elaboración de perfiles de cliente. **OICOLOMBIA**, cuenta con una infraestructura destinada a la debida atención de los requerimientos relativos a la protección de datos con el propósito de garantizar el ejercicio de los derechos consagrados en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información personal, así como a revocar el consentimiento para el tratamiento de datos.

Huella Dactilar

Firma Representante Legal

**ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE OPPORTUNITY INTERNATIONAL
EXPLICACIÓN CENTRALES DE RIESGO**

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

ENTREVISTA

Fecha	Hora	Lugar	Realizó visita	S	N	Resultado de la entrevista
-------	------	-------	----------------	---	---	----------------------------

Nombre de quien realizó la entrevista _____ Cargo _____

Firma de quien realizó la entrevista

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Fecha	Concepto de la verificación
-------	-----------------------------

Nombre de quien realizó la Verificación _____ Cargo _____

Firma de quien realizó la verificación

COMENTARIOS DEL ASESOR COMERCIAL

Nombre Asesor Comercial / Visitador Negocios:

Firma Asesor Comercial / Visitador Negocios: