



FECHA RECIBO	CONSECUTIVO	
ENTIDAD	SI	NO
Diligenciamiento del formato de solicitud de crédito.		
Acta de posesión y nombramiento del Representante legal.		
Acto de creación para las entidades descentralizadas del orden territorial		
Fotocopia del RUT		
Fotocopia de la cedula del representante legal		
Certificación que se encuentra en ejercicio del cargo, expedida por la Secretaria General		
Certificado de antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la República del Representante Legal y de la entidad Solicitante (Revisado por el Instituto).		
Certificado de antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República del Representante Legal y de la entidad Solicitante (Revisado por el Instituto).		
Certificado de antecedentes Penales y de Policía del Representante Legal y de la entidad Solicitante (Revisado por el Instituto).		
Certificado de viabilidad del proyecto expedido por el Banco de Proyectos Municipal o Departamental. (cuando haya lugar)		
Certificación de que el proyecto se encuentra incluido en el Plan de Desarrollo Municipal o Departamental. (cuando haya lugar)		
Fotocopia del Acuerdo del H. Concejo Municipal o Junta Directiva		
Certificación de que el Acuerdo está vigente. (se tienen más de tres (3) meses)		
Certificación de la secretaría del concejo Municipal en el que conste el debate o análisis realizado al proyecto de acuerdo, Ley 819 de 2003. art 7		
Certificación de capacidad de pago para las Entidades Descentralizadas del orden territorial		
Presupuesto de ingresos y egresos de la vigencia en curso (lo presupuestado y lo ejecutado a la fecha) y sus adiciones legalmente autorizados. (Decretos de adiciones		
Ejecución presupuestal de ingresos y egresos a diciembre 31 de la vigencia inmediatamente anterior		
Estados financieros vigencia anterior y ultimo de la vigencia actual, incluido el catalogo de cuentas		
Certificado de cumplimiento del indicador de gastos de funcionamiento sobre los ingresos corrientes de libre Destinación según Ley 617 de 2000 y certificado de cumplimiento de la Ley 358 de 1997.		
Certificado de cumplimiento de la Ley 617 de 2000 y la Ley 358 de 1997.		
LAS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL ORDEN TERRITORIAL DEBERAN TENER LA CALIFICACIÓN SOBRE SU CAPACIDAD DE PAGO VIGENTE, OTORGADA POR UNA CALIFICADORA DE RIESGOS, SEGÚN Decreto 610 de 2002.		
Diligenciar los siguientes formatos:		
ANEXO 1. Formato 30.017.07-100 - Capacidad de pago. Ley 358 de 1997		
ANEXO 2. Formato 30.017.06-099 - Estado de cuentas pignoradas		
ANEXO 3. Formato 30.017.05-098 - Relación y estado de la deuda pública, valor de su servicio anual y vencimiento, certificado por la autoridad competente		
ANEXO 4. Formato 30.017.04-097 - Formato autorización consulta en centrales de riesgo		
ANEXO 5. Formato 30.017.03-096 - Consignación recursos del crédito		
ANEXO 6. Formato 21.038.02-062 - Autorización de verificación de origen y destino de recursos (SARLAFT).		
ANEXO 7. Formato 31.043.08-112 - Actualización de información municipio – entidad - otros		

X si cumplió

OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUIEN RECIBE: _____

CONOCE PERSONALMENTE SI ¿HACE CUANTO? _____ ¿CÓMO LO CONOCIO? _____
¿AL CLIENTE? NO

VERIFICACION DE LA INFORMACION				
REFERENCIAS	TELEFONO	FECHA	PERSONA QUE INFORMA	OBSERVACIONES
COMERCIAL				
FINANCIERA				

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICA: _____



SOLICITUD CRÉDITO FOMENTO	Código: 30.017.08-102	Versión: 09	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
---------------------------	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

DOY FE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA Y CONSIGNADA EN EL SIGUIENTE FORMULARIO ES REAL Y VERAZ. QUE MI OCUPACIÓN U OFICIO LO EJERZO DENTRO DE LO ESTABLECIDO POR LA LEY Y QUE MIS INGRESOS PROVIENEN DIRECTAMENTE DEL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y OCUPACIÓN SEÑALADA A CONTINUACIÓN.

DATOS GENERALES DEL CRÉDITO									
MUNICIPIO:									
VALOR DEL CRÉDITO SOLICITADO:		\$							
PLAZO					AMORTIZACION				
DESTINO DEL CRÉDITO O PROYECTO A REALIZAR:									
NÚMERO DE PERSONAS QUE SE BENEFICIARÍAN:									
GARANTÍA OFRECIDA:									
VALOR DE LA GARANTÍA OFRECIDA:									
COMPROMISOS ANUALES ADQUIRIDOS SOBRE LA GARANTÍA QUE OFRECE:					% COMPROMETIDO				
TIPO DE PRODUCTO FINANCIERO QUE ACTUALMENTE POSEE CON EL IDESAN				MONTO			\$		
TIPO DE VINCULACIÓN		CLIENTE		CONTRATISTA		PROVEEDOR		EMPLEADO	
UBICACIÓN DEL CREDITO EN EL PLAN DE ACCION									
PROGRAMA									
PROYECTO									
META									
Recursos de Financiación del Proyecto:									
Recursos propios:					\$				
recursos I.C.N: Sector (es):					\$				
Recursos propios:					\$				
recursos I.C.N: Sector (es):					\$				
Recursos de Cofinanciación:									
Nación:					\$				
Departamento:					\$				
Regalías y Transferencias: Cuales									
Cuales					\$				
Cuales					\$				
Otras fuentes financieras: cuales:									
Cuales					\$				
Cuales					\$				
Recursos de crédito con el IDESAN									
CRÉDITO DE FOMENTO					\$				
Valor total del proyecto a ejecutar:									
					\$				

AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a **INSTITUTO FINANCIERO PARA EL DESARROLLO DE SANTANDER - IDESAN** a dar tratamiento de mis datos personales (y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento) aquí consignados, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.idesan.gov.co y/o CALLE. 48 #27A - 48, igualmente declaro haber informado a los titulares correspondientes que usaré sus datos personales para entregarlos a **INSTITUTO FINANCIERO PARA EL DESARROLLO DE SANTANDER - IDESAN** y que cuento con la autorización de estos para que se de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política. que declaro conocer y estar informado de los canales de atención consignados en la misma a los que podré dirigirme para el ejercicio de mis derechos. Declaro estar informado sobre la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, salvo que sea necesario para el objeto de las relaciones que se establecen.

Nombre de Representante Legal : _____

C.C. No _____

Firma del Representante Legal.: _____



AUTORIZACIÓN CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO	Código: 30.017.04-097	Versión: 06	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
--	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

FECHA:	DIA:	MES:	AÑO:
NOMBRE DEL CLIENTE Y O CONTRATISTA:		NIT	
		TEL:	FAX:
ENTIDAD CONTRATANTE:		NIT	
		TEL:	FAX:

Por medio de la presente solicitud, autorizo al **INSTITUTO FINANCIERO PARA EL DESARROLLO DE SANTANDER -IDESAN-** a consultar y reportar antes las centrales de riesgo, el estado financiero y comportamiento crediticio del Solicitante de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.

**REPRESENTANTE LEGAL
CLIENTE O CONTRATISTA**

**REPRESENTANTE LEGAL
ENTIDAD CONTRATANTE**

NOMBRE	NOMBRE
CEDULA	CEDULA
LUGAR DE EXPEDICION	LUGAR DE EXPEDICION
CELULAR	CELULAR

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL IDESAN

Área solicitante:		Nombre funcionario:	
Fecha de recibido:		Fecha de consulta:	



MUNICIPIO _____ CATEGORIA _____ FECHA _____

DATOS DEL CREDITO	SECTOR	GARANTÍA	CONCEPTO	VIGENCIA ANTERIOR	VIGENCIA SIGUIENTE	VIGENCIA SIGUIENTE	VIGENCIA SIGUIENTE	VIGENCIA SIGUIENTE	VIGENCIA SIGUIENTE
IDESAN MONTO APROBADO: FECHA DE APROBACIÓN:			DESEMBOLSOS AMORTIZACIONES INTERESES SALDO DEUDA						
BANCO: MONTO APROBADO: FECHA DE APROBACIÓN:			DESEMBOLSOS AMORTIZACIONES INTERESES SALDO DEUDA						
BANCO: MONTO APROBADO: FECHA DE APROBACIÓN:			DESEMBOLSOS AMORTIZACIONES INTERESES SALDO DEUDA						
COOPERATIVAS: MONTO APROBADO: FECHA DE APROBACIÓN:			DESEMBOLSOS AMORTIZACIONES INTERESES SALDO DEUDA						
ENTIDAD: MONTO APROBADO: FECHA DE APROBACIÓN:			DESEMBOLSOS AMORTIZACIONES INTERESES SALDO DEUDA						
ENTIDAD: MONTO APROBADO: FECHA DE APROBACIÓN:			DESEMBOLSOS AMORTIZACIONES INTERESES SALDO DEUDA						

ALCALDE: _____

FIRMA

TESORERO _____

FIRMA



ESTADO DE CUENTAS PIGNORADAS	Código: 30.017.06-099	Versión: 06	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
------------------------------	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

MUNICIPIO DE: _____
FORMATO ESTADO DE LAS RENTAS PIGNORADAS A _____ FECHA: _____

RENTAS PROPIAS	PRESUPUESTADO	PIGNORADO %	DISPONIBLE %
A. TRIBUTARIOS (Impuestos)			
Impuestos Directos			
Predial unificado			
Circulación y tránsito			
Otros			
Impuestos Indirectos			
Industria y comercio			
Otros impuestos indirectos			
B. NO TRIBUTARIOS			
Tasa y Derechos por Servicios Públicos			
Aseo y recolección de basuras			
Plaza de mercado y ferias			
Matadero			
Alumbrado público			
Otros			
TOTAL			
Participación Ingresos Corrientes de la Nación (Definir Sector)	Ingresos	Servicio de la Deuda	Capacidad de pago
Sector (Detallar)			
Sector			
Sector			

CERTIFICAMOS EL ESTADO ACTUAL DE PIGNORACION

ALCALDE _____
Nombre



CAPACIDAD DE PAGO

Código: 30.017.07-100

Versión: 06

Fecha: 21/05/2024

Página 1 de 1

MUNICIPIO:	FECHA		
	EJECUCIÓN AÑO ANTERIOR	PRESUP.APROBADO PRESENTE VIG.	PRESUP. EJECUTADO PRESENTE AÑO
1. INGRESOS CORRIENTES			
Tributarios			
No Tributarios			
Regalías			
Compensación monetaria efectivamente recibidas			
Transferencias nacionales			
Participación en las rentas de la nación			
Recursos del balance			
Rendimientos financieros			
Total Ingresos Corrientes			
2. GASTOS DE FUNCIONAMIENTO			
Servicios personales			
Gastos generales			
Transferencias pagadas			
Total Gastos de funcionamiento			
3. AHORRO OPERACIONAL (1-2)			
4 INTERESES (pagadas en la vigencia, causados durante esta y nuevos)			
Intereses presupuestados y pagados a la fecha			
Intereses (causados) presupuestados y no pagados en toda la vigencia			
Intereses créditos de tesorería			
Intereses de mora			
Intereses del nuevo crédito			
5. SALDO DE LA DEUDA (incluye créditos no desembolsados)			
6. CAPACIDAD DE PAGO			
Intereses/Ahorro operacional			
Saldo de la deuda / ingresos corrientes			

Funcionario que certifica: _____

Cargo: _____

FIRMA:



ACTUALIZACION INFORMACION MUNICIPIO – ENTIDAD - OTROS	Código: 30.043.08-112	Versión: 11	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
---	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

DATOS MUNICIPIO / ENTIDAD /OTRO

Fecha de Actualización ____/____/____

NOMBRE: _____

NÚMERO NIT /C.C _____

TELÉFONO: _____

FAX: _____

E-MAIL: _____

PÁGINA WEB: _____

DIRECCIÓN: _____

PROVINCIA: _____

LUGAR EXPEDICIÓN: _____

DÍAS COMPENSATORIOS: _____

¿REALIZA OPERACIONES CON MONEDA EXTRANJERA?

SI NO

¿CUÁLES? _____

NÚMERO DE CUENTA: _____ BANCO: _____

PAÍS: _____ MONEDA: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

CEDULA DE CIUDADANÍA No.: _____

LUGAR EXPEDICIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO CELULAR: _____

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____

DIRECCIÓN: _____

¿PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?(PEP)

SI NO

MANEJA RECURSOS DEL ESTADO

SI NO

ACTIVIDAD ECONÓMICA

EMPLEADO OFICIAL

INDEPENDIENTE PRIVADO

PENSIONADO

QUIEN SUMINISTRA LA INFORMACION

Nombre y Apellidos: _____

C.C. No. _____

Teléfonos de Contacto: _____ - _____ - _____

Cargo / Dependencia: _____

E mail: _____

FIRMA: _____

¡GRACIAS POR PREFERIRNOS!

IDESAN – FOMENTAMOS EL CRECIMIENTO DE SANTANDER

NOTA: FAVOR ENVIAR ESTA INFORMACIÓN EN EL MENOR TIEMPO POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS

PBX: 6430301EXT 117 - 119 FAX: 6473850

DIRECCION: CALLE 48 No. 27ª - 48 IDESAN piso 2 y 3 Bucaramanga (Santander)

E-MAIL: idesan@idesan.gov.co, comercial1@idesan.gov.co, creditos1@idesan.gov.co



AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE, Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAISES EN LA CENTRAL DE INFORMACION CIFIN Y A CUALQUIER OTRA ENTIDAD PUBLICA O PRIVADA DE CENTRALES DE RIESGO A FUNCIONARIOS, CONTRATISTAS, PROVEEDORES, OTROS.	Código: 21.038.02-062	Versión: 06	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
---	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIONES

Autorizo con plena facultad a IDESAN instituto financiero para el desarrollo de Santander para consultar mi información suministrada, así como los documentos aportados, cuando esta lo solicite por vinculación de sus productos.

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS: Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria declaro que la información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y que todos los recursos y bienes que poseo los he adquirido de manera lícita y proviene de la fuente que a continuación describió (dar detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc.)

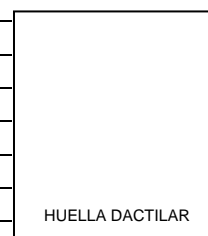
Conozco que la trascendencia de esta autorización involucra el comportamiento frente a mis obligaciones y será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En efecto, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la central de información TRANSUNION o cualquier otra entidad pública o jurisprudencia aplicable, la información podrá ser usada igualmente para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones y así como mi permanencia en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público estoy enterado.

En virtud de lo anterior, LAS ENTIDADES podrán dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocio con el suscrito teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los contratos de los diferentes productos, las siguientes: (i) cuando figure en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con los delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades. (ii) cuando me encuentre incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

En virtud de lo anterior, LAS ENTIDADES podrán dar por suspendida cualquier relación comercial, contractual o de negocio con el suscrito teniendo como fundamento, además de las cláusulas establecidas en los contratos de los diferentes productos, las siguientes: (iii) cuando figure en requerimientos de entidades de control, noticias, tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT), hasta que se aclare, solucione o defina la situación del cliente, usuario, contratista, funcionario u otros, y si se llegare a encontrar culpable de la comisión de dichos delitos, se dará por terminada cualquier tipo de vinculación con la entidad.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo la presente solicitud el día ____ del mes _____ del año 20____, en la ciudad de _____, _____.

NOMBRE/ RAZON SOCIAL: _____
 CEDULA / NIT: _____
 NOMBRE DE REPRESENTANTE LEGAL: _____
 CEDULA REPRESENTANTE LEGAL _____
 TELEFONO Y CELULAR: _____
 PATRIMONIO: _____
 INGRESOS: _____
 FECHA NACIMIENTO: _____
 ESTADO CIVIL: CASADO__ SOLTERO__ UNION MARITAL DE HECHO__ OTRO__
 TIPO DE VIVIENDA: PROPIA__ ARRENDADA__ FAMILIAR__



FIRMA: _____

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL IDESAN					
Área solicitante:			Nombre funcionario:		
Fecha de recibido:			Fecha de consulta:		
ENTREVISTA PERSONAL PARA REGISTRO					
Se le realizo entrevista personal al cliente:	SI	NO	Entrevista Telefónica:	SI	NO
Como resultado de la consulta, esta debe reportarse como:				SIN NOVEDAD	
				CON NOVEDAD	
				SOSPECHOSO	

CONSULTADO POR: _____ AREA ENCARGADA: _____



CONSIGNACION DE RECURSOS DE CREDITO	Código: 30.017.03-096	Versión: 06	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
-------------------------------------	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME PERMITO AUTORIZAR AL INSTITUTO FINANCIERO PARA EL DESARROLLO DE SANTANDER - IDESAN-, CONSIGNAR LOS RECURSOS DEL CREDITO OTORGADO, DE CONFORMIDAD CON LOS SIGUIENTES DATOS:

MUNICIPIO: _____ **FECHA:** DIA: _____ MES: _____ AÑO: _____

CHEQUE

CONSIGNACION

NUMERO DE LA CUENTA:	
TIPO DE CUENTA:	
ENTIDAD BANCARIA:	
TITULAR:	
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	
CEDULA DE CIUDADANIA	
ENTIDAD	
NIT	

Firma del Representante Legal