



LISTA DE CHEQUEO CRÉDITO ENTES DESCENTRALIZADOS	Código: 30.017.18-205	Versión: 03	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
---	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

REQUISITOS ENTES DESCENTRALIZADOS	SI	NO
1. Diligenciar la solicitud de crédito.		
2. Acta de posesión, acta de nombramiento y fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal.		
3. NIT de la entidad, acto de creación y estatutos.		
4. Certificación de que se encuentra en ejercicio del cargo expedida por la Secretaria General o a quien corresponda. (Fecha reciente).		
5. Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la República del Representante Legal y de la entidad solicitante. (Revisado por el Instituto)		
6. Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República del Representante Legal y de la entidad solicitante. (Revisado por el Instituto)		
7. Certificado de Antecedentes Penales y de Policía del Representante Legal y de la entidad solicitante. (Revisado por el Instituto).		
8. Certificar que los créditos de corto plazo junto con el solicitado no superan el 10% de los ingresos de la entidad (decreto 1333 de 1986)		
9. Certificar que el crédito solicitado será cancelado con recursos distintos del crédito.		
10. Certificar fecha probable del pago del crédito		
11. Certificar que no existen créditos de corto plazo en mora o sobregiros.		
12. Certificar el valor del rubro y el número en el presupuesto.		
13. Presupuesto aprobado vigencia actual y su ejecución a la fecha de la solicitud. (Incluir las adiciones).		
14. Estados financieros a 31 de diciembre de las últimas dos vigencias cerradas, auditadas y aprobadas y el último cierre de la vigencia anterior o en curso.		
15. PAC aprobado y ejecutado o proyección de ingresos y gastos incluido el crédito solicitado según el caso.		
Diligenciar los siguientes formatos:		
• Autorización para consultar y reportar a las centrales de riesgos.		
• Actualización de información.		
• Autorización de verificación de origen y destino de recursos.		
• Fuentes y Usos.		
• Consignación de Recurso de crédito		
FECHA:	<i>X si cumplió</i>	

**OBSERVACIONES**

--

Verificación realizada por:

Nombre \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_



SOLICITUD CREDITO ENTES DESCENTRALIZADOS	Código: 30.017.19-206	Versión: 03	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
--	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

FECHA RECIBO				
DATOS GENERALES DEL CRÉDITO				
CLIENTE / MUNICIPIO				
Nombre del Representante Legal				
Valor del Crédito Solicitado	\$	Plazo		Amortización
Destino del Crédito:				
Número de Personas que se beneficiarán:				
Código presupuestal y valor del gasto a cancelar				
Tipo de producto financiero que actualmente posee con el IDESAN:		MONTO	\$	

**DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ACREDITAR PARA EL ESTUDIO DE CREDITO**

- Diligenciar la solicitud de crédito.
- Acta de posesión, acta de nombramiento y fotocopia de la cedula de ciudadanía del representante legal.
- NIT de la entidad, acto de creación y estatutos.
- Certificación de que se encuentra en ejercicio del cargo expedida por la Secretaria General o a quien corresponda. (Fecha reciente).
- 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).
- Certificar que los créditos de corto plazo junto con el solicitado no superan el 10% de los ingresos de la entidad (decreto 1333 de 1986)
- Certificar que el crédito solicitado será cancelado con recursos distintos del crédito.
- Certificar fecha probable del pago del crédito
- Certificar que no existen créditos de corto plazo en mora o sobregiros.
- Certificar el valor del rubro y el número en el presupuesto.
- Presupuesto aprobado vigencia actual y su ejecución a la fecha de la solicitud. (Incluir las adiciones).
- Estados financieros a 31 de diciembre de las últimas dos vigencias cerradas, auditadas y aprobadas y el último cierre de la vigencia anterior o en curso.
- PAC aprobado y ejecutado o proyección de ingresos y gastos incluido el crédito solicitado según el caso.

- Diligenciar los siguientes formatos:
- Autorización para consultar y reportar a las centrales de riesgos.
  - Actualización de información.
  - Autorización de verificación de origen y destino de recursos.
  - Fuentes y Usos.
  - Consignación de Recurso de crédito.

Declaro que los anteriores datos e información son verídicos y autorizo al IDESAN para comprobarlos a su entera satisfacción.

**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](http://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:	



FUENTE DE PAGO Y USO PRESUPUESTAL	Código: 30.017.25-225	Versión: 03	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
-----------------------------------	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

NOMBRE MUNICIPIO / ENTIDAD / OTRO: \_\_\_\_\_ Fecha

**FUENTE DE PAGO**

CÓDIGO CONTABLE	VALOR PRESUPUESTAL	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	SALDO POR EJECUTAR	%POR EJECUCIÓN
<b>TOTAL</b>					

**USO PRESUPUESTAL**

CÓDIGO CONTABLE	VALOR PRESUPUESTAL	VALOR EJECUTADO	% DE EJECUCIÓN	SALDO POR EJECUTAR	%POR EJECUCIÓN
<b>TOTAL</b>					

\_\_\_\_\_  
Nombre de quien certifica

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Cargo



CERTIFICADO DEL VALOR NETO A DESCONTAR	Código: 30.018.03-160	Versión: 07	Fecha: 21/05/2024	Página 1 de 1
--	-----------------------	-------------	-------------------	---------------

ENTIDAD: \_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_

CONTRATISTA: \_\_\_\_\_

NIT CONTRATISTA: \_\_\_\_\_

CONTRATO: \_\_\_\_\_

ACTA / FACTURA: \_\_\_\_\_

- VALOR BRUTO DEL ACTA / FACTURA: \_\_\_\_\_
- DEDUCCIONES (Amortización, anticipos): \_\_\_\_\_
- DEDUCCIONES LEGALES: \_\_\_\_\_
- VALOR NETO ACTA / FACTURA: \_\_\_\_\_

Nombre Tesorero o Pagador: \_\_\_\_\_

Firma del Tesorero o Pagador: \_\_\_\_\_

Nombre de la Entidad: \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_



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\_\_

HUELLA DACTILAR

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

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

CONSULTADO POR: \_\_\_\_\_ AREA ENCARGADA: \_\_\_\_\_



**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](mailto:idesan@idesan.gov.co), [comercial1@idesan.gov.co](mailto:comercial1@idesan.gov.co), [creditos1@idesan.gov.co](mailto:creditos1@idesan.gov.co)



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**