



SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONA NATURAL

Información de
Solicitante Deudor Solidario

Lugar de diligenciamiento	Fecha	Radicación	Agencia			
Valor Solicitado	Plazo	Línea	Destino	Forma de Pago Caja <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN PERSONAL						
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		
Tipo de Documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número	Fecha de Nacimiento DD MM AA	Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>	U. Libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Personas a cargo		
Dirección Residencia		Barrio		Ciudad	Dpto.	
Teléfono Fijo	Celular	Vive en casa: Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Anticresada <input type="checkbox"/>		Estrato 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Tiempo de vivir en esta dirección	
Profesión		Nivel Académico Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Magíster <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>				
Tiene parentesco con empleados de la Cooperativa Solidarios? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del Empleado		Parentesco		
ACTIVIDAD ECONÓMICA - INFORMACIÓN FINANCIERA						
Situación laboral Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Empresa o Negocio donde trabaja		Cargo		Antigüedad		
Dirección Empresa		Ciudad		Teléfono		
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES			
Sueldo y/o pensión	\$	_____	Arriendo o cuota de Vivienda	\$	_____	
Honorarios, comisiones, etc.	\$	_____	Gastos personales familiares	\$	_____	
Otros Ingresos comprobables	\$	_____	Cuotas de Créditos	\$	_____	
TOTAL	\$	_____	TOTAL	\$	_____	
* Detallar otros ingresos						
DATOS DEL CONYUGUE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE						
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		
Tipo de Documento CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	Número	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento DD MM AA	Nivel Académico Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Magíster <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>		Profesión			
Nombre de la Empresa en la que labora:		Cargo		Antigüedad	Ingreso Mensual \$	
Dirección		Ciudad		Teléfono		
PATRIMONIO						
BIENES RAICES						
Clase de Propiedad	Matricula Inmobiliaria	Dirección Y Ciudad	Hipotecado a	Saldo Deuda	Valor Comercial	
				\$		
				\$		
				\$		
VEHÍCULOS						
Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Placas	Pignorado a	Saldo Deuda	Valor Comercial
					\$	
					\$	
					\$	

REFERENCIA PERSONAL FAMILIAR			
Nombre	Apellidos		Parentesco
Dirección	Tel. Residencia	Tel. Trabajo	Ciudad
REFERENCIA PERSONAL NO FAMILIAR			
Nombre	Apellidos		
Dirección	Tel. Residencia	Tel. Trabajo	Ciudad
REFERENCIA COMERCIAL			
Nombre Establecimiento	Dirección	Teléfono	Ciudad
REFERENCIA BANCARIA O FINANCIERA			
Nombre Entidad	Sucursal	Ciudad	
Tipo de Producto	No del Producto	Teléfono	
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
<p>Para efectos del crédito que solicito, declaro que gozo de buena salud, que no padezco ni he padecido de ninguna enfermedad, infectocontagiosa, degenerativa o crónica de carácter cardíaco, celular, dermatológico, digestivo, endocrino, genético, genital, hematológico, hepático, hereditario, inmunológico, linfático, músculo-esquelético, neurológico, psiquiátrico, pulmonar, renal, urológico, vascular, HIV, sida, hipertensión arterial, cáncer, tumores, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado. No sufro ni he sufrido de adicciones o vicios que puedan incidir sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos ni intervenciones quirúrgicas, relacionadas con las enfermedades anteriormente mencionadas.</p> <p>Nota: En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades mencionadas u otras diferentes, escriba la información correspondiente:</p>			
AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA			
<p>Autorizo expresamente a cualquier persona natural o jurídica (MEDICO, EPS, IPS, ETC), que me hayan prestado atención medica, para que suministren copia de la historia clínica solicitada por la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOORTE Y CREDITO SOLIDARIOS identificada con el NIT 890.304.581-2, sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica.</p> <p>Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.</p>			
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO:			
<p>Autorizo a la Cooperativa Multiactiva de Aporte y Crédito SOLIDARIOS, para verificar la información consignada en la presente solicitud y obtener del sistema financiero o de entidades asimiladas, reseña sobre mi comportamiento comercial, y que dicha información pueda ser utilizada para efectos de la evaluación del riesgo crediticio. Igualmente para reportar suministrar y actualizar datos relacionados con el manejo del crédito que aquí se solicita, sometiéndome a los tiempos de permanencia establecidos por las normas legales vigentes para las centrales de información o Banco de Datos.</p>			
AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO DE CRÉDITO			
<p>Autorizo a la Cooperativa Multiactiva de Aporte y Crédito SOLIDARIOS, que del monto del crédito aprobado, descuenten los valores requeridos para:</p> <p>* Recoger crédito con la Entidad: _____ * Fecha de vencimiento de cada cuota: El _____ de cada mes.</p> <p>* Póliza de Seguro: _____</p> <p>Igualmente que del excedente a desembolsar me sea entregado por la siguiente modalidad:</p> <p>1. PERSONALIZADA _____</p> <p>2. GIRO (Banco Popular): _____</p> <p>3. CONSIGNACIÓN: _____</p> <p>4. TRANSFERENCIA ELECTRONICA: _____</p> <p>Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____</p> <p>Número de Cuenta: _____</p> <p>Certifico que soy el titular de la cuenta la cual se encuentra activa y con saldo suficiente para la realización del desembolso.</p>			

Bajo gravedad de juramento, manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y autorizo su confirmación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con SOLIDARIOS, y me comprometo a actualizar la información y/o documentación cada vez que el producto lo amerite.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo la presente Solicitud de Crédito.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FIRMA

Huella
(Índice Derecho)

