

VIGILADA SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA (SUPERSOLIDARIA)
INSCRITA AL FONDO DE GARANTIAS DE ENTIDADES COOPERATIVAS (FOGACOOOP)

DEUDOR

CODEUDOR

FECHA DE RADICACION: _____ FUNCIONARIO QUE RADICA: _____

DESTINO CRÉDITO A DESEMBOLSAR	CLASE DE CRÉDITO	PLAZO
<input type="radio"/> GASTOS EDUCATIVOS <input type="radio"/> REPARACIONES LOCATIVAS <input type="radio"/> VIVIENDA <input type="radio"/> CALAMIDAD DOMESTICA <input type="radio"/> GASTO DE SALUD <input type="radio"/> VIAJES <input type="radio"/> TEMPORADA <input type="radio"/> SEGUROS <input type="radio"/> GASTOS VEHICULO <input type="radio"/> COMPRA DE MUEBLES Y ENSERES <input type="radio"/> COMPRA DE MOTO <input type="radio"/> COMPRA DE CARTERA <input type="radio"/> OTRO NOMBRELO	<input type="radio"/> ROTATIVO <input type="radio"/> LIBRE DESTINACION <input type="radio"/> SOLUCION DE VIVIENDA <input type="radio"/> MICROCREDITO <input type="radio"/> ANTICIPO DE PRIMA <input type="radio"/> EDUCATIVO <input type="radio"/> CALAMIDAD <input type="radio"/> ADQUISICION POLIZA DE SEGUROS <input type="radio"/> VEHICULO <input type="radio"/> OTRO, NOMBRELO PIGNORA PRIMA <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO No. DE PRIMAS _____ VALOR \$ _____	<input type="radio"/> 1 - 12 meses <input type="radio"/> 13 - 24 meses <input type="radio"/> 25 - 36 meses <input type="radio"/> 37 - 48 meses <input type="radio"/> 49 - 60 meses <input type="radio"/> 61 - 72 meses <input type="radio"/> 73 - 108 meses
VALOR DEL CREDITO \$ _____		

DATOS PERSONALES SOLICITANTE	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
EDAD	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. _____	FECHA EXPEDICIÓN AÑO MES DIA
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA	LUGAR DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD	
SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>
No. PERSONAS A CARGO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POST-GRADO <input type="checkbox"/> EST. UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>
AUX. TÉCNICO <input type="checkbox"/>	PROFESIÓN
DIRECCIÓN RESIDENCIA	BARRIO
	CIUDAD
TELEFONO FIJO	CELULAR
E-MAIL	TIPO DE RESIDENCIA FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL FAMILIAR	PARENTESCO
TELEFONO/CELULAR	
ESTRATO No.	TIEMPO EN LA RESIDENCIA MESES
NOMBRE DEL ARRENDADOR	TELEFONO ARRENDADOR
VALOR MENSUAL DEL ARRIENDO	\$
ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEP. <input type="checkbox"/>	EMPLEADO
NOMBRE DE LA EMPRESA	TIPO DE CONTRATO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/>
CARGO ACTUAL	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO
PENSIONADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE
DESCRIBA LA ACTIVIDAD	CÓDIGO CIU
DIRECCION LUGAR DE TRABAJO	CIUDAD
	TELEFONO - 1 EXT.
TELEFONO - 2 FAX	CELULAR
ENVÍO CORRESPONDENCIA OFICINA <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/>	TIENE USTED PARENTESCO CON EMPLEADOS DE LA COOPERATIVA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL EMPLEADO	PARENTESCO
	HA SIDO ACTUALMENTE VICTIMA DE HECHOS VIOLENTOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
PEP'S MANEJA O MANEJÓ RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIENE O TUVO ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	GOZA O GOZÓ DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES CONYUGE	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> No. _____	FECHA EXPEDICIÓN AÑO MES DIA
FECHA NACIMIENTO AÑO MES DIA	LUGAR DE NACIMIENTO
NACIONALIDAD	
SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>
No. PERSONAS A CARGO	NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> BACHILLER <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POST-GRADO <input type="checkbox"/> EST. UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>
AUX. TÉCNICO <input type="checkbox"/>	PROFESIÓN
TELEFONO FIJO	CELULAR
ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEP. <input type="checkbox"/>	EMPLEADO
NOMBRE DE LA EMPRESA	TIPO DE CONTRATO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/>
CARGO ACTUAL	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO
PENSIONADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE
DESCRIBA LA ACTIVIDAD	CÓDIGO CIU
DIRECCION LUGAR DE TRABAJO	CIUDAD
	TELEFONO - 1 EXT.
TELEFONO - 2 FAX	CELULAR
ENVÍO CORRESPONDENCIA OFICINA <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/>	TIENE USTED PARENTESCO CON EMPLEADOS DE LA COOPERATIVA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL EMPLEADO	PARENTESCO
	HA SIDO ACTUALMENTE VICTIMA DE HECHOS VIOLENTOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
PEP'S MANEJA O MANEJÓ RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIENE O TUVO ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	GOZA O GOZÓ DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EGRESOS					
	SOLICITANTE	CONYUGE	SOLICITANTE	CONYUGE	
SUELDO BÁSICO	\$		CUOTA TARJETA DE CREDITO	\$	
HONORARIOS	\$		CUOTA OTROS PRESTAMOS	\$	
ARRENDAMIENTOS	\$		GASTOS FAMILIARES	\$	
OTRO INGRESOS	\$		OTROS EGRESOS	\$	
TOTAL INGRESOS	\$		TOTAL EGRESOS	\$	
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS					

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA	
Realiza operaciones en moneda extranjero	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cuáles operaciones:	_____
Posee cuentas en moneda extranjera	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MONEDA	_____
BANCO	_____
No. cuenta	_____
Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera	

PATRIMONIO						
BIENES RAICES	DIRECCION	CIUDAD	No. MATRICULA INMOVIILIARIA	TIENE HIPOTECA		VALOR COMERCIAL
				SI	NO	\$
VEHICULOS	CLASE DE VEHICULO	MARCA	MODELO	TIENE PIGNORACION		VALOR COMERCIAL
				SI	NO	\$
				SI	NO	\$

REFERENCIAS FAMILIARES					
NOMBRE	PARENTESCO	DIRECCION	CIUDAD	CELULAR	TEL. FIJO

OBSERVACIONES DE CONFIRMACIONES

***Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:**

***Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:**

- | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGIA. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. CANCER. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO/DROGADICCIÓN. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGENITAS. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICO. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE CONTESTAR SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE Y MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE CONSUME

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario del hospital o persona que me haya atendido a suministrar a la EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.

EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:

Como asegurado principal garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no tengo ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro.

En constancia se firma en _____ a los _____ días de _____ del año _____

Firma del Asegurado _____

AUTORIZACIONES

Autorizo a COUNAL cargar a mi estado de cuenta cualquier otro gasto generado por las características propias del crédito solicitado.

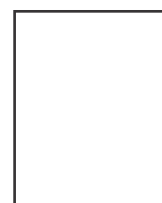
AUTORIZACION DE REPORTE CENTRALES DE RIESGO. Autorizo irrevocablemente a COUNAL para que con fines estadísticos y de información consulte, reporte, circule e incluya información a las centrales de riesgo o cualquier entidad autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de crédito y de cuentas, saldo de mis obligaciones crediticias.

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012. Con el fin de dar cumplimiento al artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, por medio del cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 " Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", requerimos de su autorización para la recolección, uso, tratamiento, procesamiento, intercambio, transferencia y transmisión de sus datos personales, de acuerdo a lo establecido en nuestras Políticas y procedimientos para protección de datos personales. Autorizo de manera previa, explícita e inequívoca a COUNAL para el tratamiento de los datos personales suministrados por mi persona dentro de las finalidades legales, contractuales, comerciales y las aquí contempladas.

DECLARO QUE TODA LA INFORMACION ES VERIDICA Y AUTORIZO LA CONFIRMACIÓN DE LA QUE COUNAL JUZGUE NECESARIA RELATIVA A ESTA SOLICITUD

Firma Asociado _____

Documento de Identidad _____



Huella Dactilar