

SOLICITUD DE CREDITO

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

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 CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	UNION LIBRE <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>	No. hijo(a)s menores 18 años _____	TIPO DE RESIDENCIA FAMILIAR <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>
DIRECCION RESIDENCIA			BARRIO	CIUDAD
TELEFONO FIJO	CELULAR	E-MAIL		
ESTRATO No.	TIEMPO EN LA RESIDENCIA <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> AÑOS _____	VALOR MENSUAL DEL ARRIENDO \$ _____		

INFORMACION LABORAL

NIVEL DE ESTUDIOS Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	TITULO PROFESIONAL	OCUPACIÓN Asalariado <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
DESCRIBA LA ACTIVIDAD:		CODIGO CIU	FECHA DE CONSTITUCIÓN O INICIO DE ACTIVIDAD AÑO MES DIA			
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA:		ACTIVIDAD ECONOMICA Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/>	TIPO DE EMPRESA Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA			MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
TELÉFONO FIJO DE LA EMPRESA	TELÉFONO CELULAR DE LA EMPRESA	FECHA DE INGRESO AÑO MES DIA	CARGO QUE OCUPA			
ENVÍO CORRESPONDENCIA Residencia <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Otro, Cual? _____		TIENE USTED PARENTESCO CON EMPLEADO DE LA COOPERATIVA? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		NOMBRE DEL EMPLEADO DE LA COOP.		PARENTESCO
HAS 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 CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DIA	EDAD	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> No. _____	FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE NACIMIENTO			
NACIONALIDAD	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	TELÉFONO FIJO	CELULAR			
NIVEL DE ESTUDIOS Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	TITULO PROFESIONAL	OCUPACIÓN Asalariado <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/> Cesante <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>	Rentista <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA	ACTIVIDAD ECONÓMICA Servicios <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/> Agropecuaria <input type="checkbox"/>	TIPO DE EMPRESA Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>	TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/>		
DIRECCION DEL DOMICILIO PRINCIPAL DE LA EMPRESA			MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
TELÉFONO DE LA EMPRESA	CELULAR DE LA EMPRESA	FECHA DE INGRESO AÑO MES DIA	CARGO QUE OCUPA			
ENVÍO CORRESPONDENCIA Residencia <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Otro, Cual? _____		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"/>		

INFORMACION DE INGRESOS Y EGRESOS					
INGRESOS	SOLICITANTE	CONYUGE	EGRESOS	SOLICITANTE	CONYUGE
PENSIÓN					
SUELDO BASICO			CUOTA TARJETA DE CREDITO		
HONORARIOS			CUOTA OTROS PRESTAMOS		
ARRENDAMIENTOS			GASTOS FAMILIARES		
OTROS INGRESOS			OTROS EGRESOS		
TOTAL INGRESOS			TOTAL EGRESOS		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS					

OPERACION EN MONEDA EXTRANJERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI NO CUALES OPERACIONES: _____

POSEE CUENTA EN MONEDA EXTRANJERA SI NO MONEDA: _____ BANCO: _____ No. CUENTA _____

DECLARO QUE NO REALIZO TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

PATRIMONIO						
BIENES RAICES	DIRECCION	CIUDAD	No. MATRICULA INMOVILIARIA	TIENE HIPOTECA		VALOR COMERCIAL
				SI	NO	\$
				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

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.

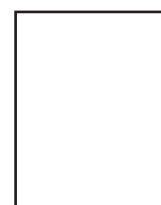
AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012. Con el fin de dar cumplimiento al artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, por medio del cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 " Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", requerimos de 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.

Autorizo el envío de información, a mis contactos de: whatsapp, correo electrónico, dirección de residencia.

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

Firma Asociado _____

Documento de Identidad _____



Huella Dactilar