

CIUDAD	AÑO	MES	DÍA	SOLICITANTE
				PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CODEUDOR <input type="checkbox"/>

1. DATOS PERSONALES					
TIPO DE DOCUMENTO c.c. <input type="checkbox"/> c.e. <input type="checkbox"/>	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA Y LUGAR EXPEDICIÓN		DEPARTAMENTO	
APELLIDOS			NOMBRES		
LUGAR DE NACIMIENTO - CIUDAD	FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	DEPARTAMENTO	PAIS	GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA		BARRIO	CIUDAD	CÓDIGO	ESTRATO 1 2 3 4 5 6
DEPARTAMENTO	TELÉFONO	CELULAR	E-MAIL		
NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> POST-GRADO <input type="checkbox"/>					

2. DATOS LABORALES					
ACTIVIDAD ECONÓMICA		OCUPACIÓN O CARGO		NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO O JUBILADO <input type="checkbox"/>					
DIRECCIÓN			CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
FECHA DE INGRESO AÑO MES DÍA	INGRESO MENSUAL \$	TIPO DE CONTRATO TERMINO FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> OTRO _____			
SI COMO INDEPENDIENTE REALIZA PRESTACIÓN DE SERVICIOS. INDIQUE A TRAVÉS DE CUAL(ES) EMPRESA(S) LA PRESTA					

3. INFORMACIÓN CRÉDITO				
MONTO SOLICITADO \$	MODALIDAD DE PAGO NÓMINA <input type="checkbox"/> PERSONAL <input type="checkbox"/>	PLAZO	AMORTIZACIÓN	GARANTÍA
INTERÉS	DESTINO	RECOGE CRÉDITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PAGARÉ NO.	
OBSERVACIONES				

4. INFORMACIÓN FAMILIAR					
PERSONAS QUE VIVEN CON USTED CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJOS <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> HERMANOS <input type="checkbox"/> OTROS _____				No. DE PERSONAS A CARGO	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE			No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>	
PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA O NEGOCIO		DIRECCIÓN	CIUDAD	DEPARTAMENTO
TELÉFONO	OCUPACIÓN O CARGO		FECHA DE INGRESO AÑO MES DÍA	TIPO DE CONTRATO INDEFINIDO <input type="checkbox"/> TERMINO FIJO <input type="checkbox"/> A DESTAJO <input type="checkbox"/>	

5. INFORMACIÓN DE RESIDENCIA					
TIPO DE VIVIENDA ARRENDADA <input type="checkbox"/> PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>	TIEMPO DE RESIDENCIA AÑOS MESES	ESTRATO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL ARRENDADOR		
UBICACIÓN DEL ARRENDADOR - DIRECCIÓN			DEPARTAMENTO	CIUDAD	TELÉFONO

6. REFERENCIAS					
DETALLE INGRESOS			ACTIVOS (+)		
INGRESOS MENSUALES FIJOS LABORALES	\$		SALDO EN BANCOS	\$	
OTROS INGRESOS	\$		VALOR VIVIENDA	\$	
TOTAL INGRESOS	\$		VALOR VEHÍCULOS	\$	
			OTROS ACTIVOS	\$	
			TOTAL ACTIVOS	\$	
DETALLE EGRESOS			PASIVOS (-)		
DEDUCCIÓN POR NÓMINA	\$		SALDO OBLIGACIONES EN BANCOS	\$	
CUOTA HIPOTECARIA	\$		SALDO TARJETAS DE CRÉDITO	\$	
ARRIENDO Y MANUTENCIÓN	\$		OTRAS OBLIGACIONES	\$	
CUOTAS OTROS CRÉDITOS	\$		CRÉDITOS DE CONSUMO	\$	
OTROS DIFERENTE A MANUTENCIÓN	\$		TOTAL PASIVOS	\$	
TOTAL EGRESOS	\$		TOTAL PATRIMONIO (ACTIVO-PASIVO)	\$	

7. DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS						
BIENES RAÍCES (Casa, apartamento, finca, lote)						
CLASE DE PROPIEDAD	VALOR COMERCIAL	VALOR HIPOTECA	MATRÍCULA INMOBILIARIA	No. DE ESCRITURA	CIUDAD	DIRECCIÓN
1. <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> APARTAMENTO CUAL? _____	\$	\$				
2. <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> APARTAMENTO CUAL? _____	\$	\$				

8. VEHÍCULOS								
MODELO	PIGNORADO		TIPO SERVICIO	VALOR COMERCIAL	VALOR PIGNORADO	MARCA	PLACA	PIGNORADO A FAVOR DE
	SI	NO						
1				\$	\$			
2				\$	\$			

9. OTROS ACTIVOS		
DESCRIPCIÓN	VALOR COMERCIAL	VALOR DEUDA
1	\$	\$
2	\$	\$

10. DESCRIPCIÓN DE PASIVOS					
ENTIDADES FINANCIERAS (Obligaciones de Consumo, Hipotecario y Tarjeta de Crédito)					
ENTIDAD	VALOR INICIAL	SALUD INICIAL	CUOTA MENSUAL	VENCIMIENTO	NÚMERO DE OBLIGACIÓN O TARJETA DE CRÉDITO
1					
2					
3					

11. OTRAS OBLIGACIONES				
ENTIDAD	VALOR INICIAL	SALUD INICIAL	CUOTA MENSUAL	VENCIMIENTO
1				
2				
3				

12. REFERENCIAS									
FINANCIERAS - Nombre de la Entidad			SUCURSAL		No. DE CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO				
COMERCIAL - Nombre del establecimiento		DIRECCIÓN		TIPO DE VÍNCULO		TIEMPO DE VÍNCULO	CUPO DE CRÉDITO	SALDO A LA FECHA	TEL. / EXT.
						AÑOS	MESES		
FAMILIAR - Apellidos y Nombres			DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		TELÉFONO	PARENTESCO	
PERSONAL - Apellidos y Nombres			DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD		TELÉFONO/EXT		

13. DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA VINCULACIÓN DEL CLIENTE		
REQUISITOS	EMPLEADO	INDEPENDIENTE
1. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	X	X
2. CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES Y CERTIFICADO LABORAL VIGENTE	X	
3. DECLARACIÓN DE RENTA ÚLTIMO AÑO GRAVABLE O CARTA DE NO DECLARANTE	X	X
4. ESTADOS FINANCIEROS CERTIFICADOS O DICTAMINADOS AL ÚLTIMO CORTE, SIEMPRE Y CUANDO NO SEA MAYOR A SEIS (6) MESES		X
5. CONTRATOS, CERTIFICADOS O DOCUMENTOS QUE ACREDITEN OTROS INGRESOS NO LABORALES	X	X
6. ÚLTIMA FACTURA DE UN SERVICIO PÚBLICO	X	X
7. CERTIFICACIÓN LABORAL ORIGINAL QUE INCLUYA EL VALOR DEL SUELDO, CARGO, FECHA DE INGRESO Y TIPO DE CONTRATO A FECHA NO MAYOR A 30 DÍAS	X	
8. DESPRENDIBLE DE NÓMIMA CORRESPONDIENTES AL ÚLTIMO MES	X	
9. CERTIFICADO DE TRADICIÓN Y LIBERTAD DE LOS INMUEBLES, FOTOCOPIA DE PROPIEDAD DE LOS VEHÍCULOS DE PROPIEDAD DEL SOLICITANTE	X	X
10. PARA INDEPENDIENTES, ANEXAR CÁMARA DE COMERCIO CON VIGENCIA NO MAYOR A TREINTA DÍAS (30)		X

14.

INFORME DE PERSONAL

(LO DILIGENCIA ÚNICAMENTE LOS QUE TIENE CONTRATO LABORAL)

INFORME DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

EL JEFE DE NÓMINCAS HACE CONSTAR:

QUE AL SEÑOR _____ SE LE LIQUIDÓ CESANTÍAS POR VALOR

DE \$ _____ FECHA DE ÚLTIMA LIQUIDACIÓN _____

CESANTÍAS DISPONIBLES POR UN MONTO DE \$ _____ FECHA DE INGRESO _____

Valor préstamo solicitado \$ _____ Plazo _____

Valor cuota mensual \$ _____

Cupo Disponible \$ _____ Total Descuentos _____

Observaciones: _____

FECHA, Año Mes Día

Vo. Bo. Firma y Sello de Nóminas

15.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

CON EL PROPOSITO DE DAR CUMPLIMIENTO A LO SEÑALADO EN LAS NORMAS LEGALES Y SUS REGLAMENTOS, ASÍ COMO LO SEÑALADO POR LA SUPER INTENDENCIA DE ECONOMÍA SOLIDARIA PARA LA APERTURA Y MANEJO DE PRODUCTOS, MANIFIESTO QUE LOS FONDOS Y BIENES QUE POSEO ASÍ COMO LOS RECURSOS QUE ENTREGO EN DEPÓSITO PROVIENEN DE ACTIVIDADES LICITAS, LAS CUALES SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN ESTA FORMULARIO Y EN LOS CONTRATOS SUSCRITOS CON LA ENTIDAD. IGUALMENTE DECLARO QUE NO EFECTUARE TRANSACCIONES DESTINADAS A ACTIVIDADES ILÍCITAS, NO PERMITIRÉ QUE TERCERAS PERSONAS UTILICEN MIS PRODUCTOS PARA TAL FIN NO PERMITIRÉ NINGUNA TRANSACCIÓN A FAVOR DE PERSONAS RELACIONADAS CON DICHAS ACTIVIDADES.

15.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A ENTIDADES DE RIESGO**

Para efectos de consolidar una política de conocimiento del cliente y velar por el efectivo cumplimiento de las garantías constitucionales establecidas, por la presente autorizo de manera permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos, de control, análisis de riesgo, supervisión y de información comercial a otras entidades, a COOMULTRAISS, a quien ella delegue, o a quien en un futuro se hayan cedido sus derechos y ostente la misma situación contractual, reporte a la Central de información de la Asociación Bancada y de Entidades Financieras de Colombia y/o cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, fruto de contratos con COOMULTRAISS, o sus subordinados, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente, y en especial, el manejo de los contratos de Cuentas de Ahorros, existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de servicios financieros o cualquier otra información que se obtenga en virtud de la relación comercial establecida con COOMULTRAISS. La presente autorización faculta además a COOMULTRAISS para que pueda solicitar información sobre mis relaciones comerciales de cualquiera de las mencionadas entidades. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consignarán de manera completa a todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero.

De la misma forma autorizo a COOMULTRAISS para que mis datos personales y en general la información obtenida en virtud de la relación comercial establecida, pueda ser objeto de tratamiento sistematizado, todo ello respetando las limitaciones impuestas por el régimen legal y las decisiones jurisdiccionales.

Igualmente declaro que la información suministrada en esta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Declaro que no padezco ni he padecido enfermedad con preexistencia ni grave, ni incapacitante. Autorizo a COOMULTRAISS para incluirme en la PÓLIZA de VIDA de DEUDORES, Póliza que conozco y acepto.

Me encuentro facultado para conocer en todo momento la información de la que soy titular, y para solicitar en todo momento su rectificación o actualización, en caso de que haya lugar a ello.

En constancia de haber leído y aceptado lo anterior firmo el presente documento a los _____ días _____ del mes _____ de _____ (_____) en la ciudad de _____

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C No.


HUELLA DACTILAR INDICE DERECHO