

FECHA <input type="text"/>	VALOR SOLICITADO \$ <input type="text"/>	PLAZO (en meses) <input type="text"/>	Deudor Principal: <input type="checkbox"/>
			Deudor Solidario de: <input type="checkbox"/>
LINEA DE CREDITO: <input type="text"/>		Autorizo recoger saldos de: <input type="text"/>	

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NUIP No. <input type="text"/>			
FECHA DE EXPEDICIÓN: <input type="text"/>		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO: <input type="text"/>		LUGAR DE NACIMIENTO: <input type="text"/>	
ESTADO CIVIL: <input type="text"/>		PERSONAS A CARGO: <input type="text"/>	
NIVEL DE ESTUDIOS: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TÉCNICO <input type="checkbox"/> TECNÓLOGO		No. DE HIJOS: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> ESPECIALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO, CUAL? <input type="text"/>			
PROFESIÓN: <input type="text"/>		HA REALIZADO CURSOS DE COOPERATIVISMO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: <input type="text"/>		ESTRATO: <input type="text"/>	
CELULAR: <input type="text"/>		TEL: <input type="text"/>	
CIUDAD: <input type="text"/>		DEPTO.: <input type="text"/>	
		E-MAIL: <input type="text"/>	

FUENTE PRINCIPAL DE INGRESOS:

Nombre de la Empresa: <input type="text"/>		Dpto: <input type="text"/>		Ciudad: <input type="text"/>	
Dirección Empresa: <input type="text"/>		Tel. Empresa: <input type="text"/>		CIU: <input type="text"/>	
INFORMACIÓN PARA EMPLEADOS:			INFORMACIÓN PARA PENSIONADOS:		
Fecha de Ingreso o Renovación: <input type="text"/>			Fecha de Inicio Pensión: <input type="text"/>		
Cargo: <input type="text"/>			Entidad Pagadora Pensión: <input type="text"/>		
Tipo de Contrato: <input type="text"/>					
INFORMACIÓN PARA PROFESIONALES INDEPENDIENTES:			INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES POR CUENTA PROPIA:		
Fecha de Inicio de Actividad: <input type="text"/>			Fecha de Inicio de Actividad: <input type="text"/>		
Profesión que Ejerce: <input type="text"/>			Descripción Actividad o Negocio: <input type="text"/>		
Maneja Recursos Públicos?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Es usted una persona públicamente expuesta? (Funcionarios Públicos de Alta Jerarquía) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

3. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE DOCUMENTO: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		No. Documento <input type="text"/>	EMPRESA DONDE LABORA <input type="text"/>
FECHA INGRESO <input type="text"/>		SUELDO \$ <input type="text"/>	CARGO <input type="text"/>
DIRECCIÓN EMPRESA <input type="text"/>		TELÉFONO FIJO Y CELULAR <input type="text"/>	
Si es independiente aclare actividad económica <input type="text"/>		Tiempo en actividad <input type="text"/>	Ingreso promedio <input type="text"/>

FECHA DE CORTE

4. INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

Ingresos Mensuales		Activos	
Sueldos o Pensión \$ <input type="text"/>	Honorarios \$ <input type="text"/>	Inmuebles \$ <input type="text"/>	Vehículos \$ <input type="text"/>
Otros \$ <input type="text"/>	Egresos Mensuales \$ <input type="text"/>	Otros \$ <input type="text"/>	Pasivos (Deudas) \$ <input type="text"/>
Capacidad de pago para esta solicitud \$ <input type="text"/>			
Detalle de otros ingresos: <input type="text"/>			
TIPO DE VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/>			
V/R. COMERCIAL \$ <input type="text"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A FAVOR DE <input type="text"/>			
POSEE VEHÍCULO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCA: <input type="text"/> MODELO: <input type="text"/> PLACA: <input type="text"/> TIPO: <input type="text"/>			
PRENDA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A FAVOR DE: <input type="text"/> V/R COMERCIAL \$ <input type="text"/>			

5. REFERENCIAS

Familiares (Que no viva con usted)				
NOMBRES COMPLETOS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	CIUDAD	PARENTESCO

Personales (Que no vivan con usted)			
NOMBRES COMPLETOS	DIRECCIÓN	TELÉFONO CONTACTO	CIUDAD

6. AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA PARA DESEMBOLSO

NOMBRE DEL TITULAR	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR	CUENTA No.
TIPO DE CUENTA:	<input type="checkbox"/> AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE	NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA

7. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa e irrevocable a la Cooperativa de Crédito CORVINDE, para consultar, procesar, reportar, suministrar, ratificar y actualizar en cualquier momento la información relacionada con mi comportamiento como asociado, a la Central de Información Financiera CIFIN o cualquier otra central de información autorizada por la ley. Así mismo autorizo de manera expresa e irrevocable, para verificar la información contenida en el presente documento y las solicitudes de crédito que presente CORVINDE. Así mismo declaro que la información contenida en este documento no podrá ser utilizada por terceros en calidad de publicidad o cualquier clase de actividad comercial diferente a las contratadas por servicios con CORVINDE.

8. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el código penal colombiano.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
- Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
(detalle, ocupación, oficio, actividad o negocio).

9. INFORMACIÓN CRÉDITO

En cumplimiento de la normatividad contemplada en la Circular Básica Contable y Financiera, expedida por la Superintendencia de Economía, declaro que conozco el reglamento de Crédito de la Cooperativa y que CORVINDE me suministró en forma previa al diligenciamiento de la presente solicitud, la información referente a: 1) Monto del crédito. 2) Tasa de interés remuneratoria y moratoria nominal anual y sus equivalentes expresados en términos efectivos anuales. 3) Plazo de amortización. 4) Modalidad de la cuota (fija, variable, otras). 5) Forma de pago (Libranza o ventanilla). 6) Periodicidad en el pago de capital y de intereses (vencida o anticipada). 7) Tipo y cobertura de la garantía. 8) Honorarios en caso de cobro pre-jurídico o jurídico. 9) Tabla de amortización de capital y pago de intereses. 10) Los descuentos en el momento del desembolso. 11) Número de veces y condiciones propias de la reestructuración.

10. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

a) Autorizo de forma expresa la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los datos consignados en este formulario con la finalidad de permitirle a CORVINDE desarrollar su objeto social.
 b) Declaro que fui informado de los derechos que me asisten como Titular para conocer, actualizar y rectificar la información recolectada en este formulario.
 c) Fui informado que el área de crédito y Cartera es la encargada de tramitar los reclamos según el manual interno de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales que se encuentran en www.corvinde.com.co.
 d) Autorizo a CORVINDE para el suministro de mis datos personales a terceros únicamente con el fin de llevar a cabo su objeto social.

11. PARA USO EXCLUSIVO DE CORVINDE - CRÉDITOS CON LIBRANZA

Valor del préstamo \$ _____	Plazo: _____ meses.	Valor cuota mensual \$ _____
Valor total de la obligación \$ _____	Fecha 1a cuota <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 2da <input type="checkbox"/> 3da	Recoge saldo crédito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
OBSERVACIONES _____		
Nombre analista de crédito: _____	Firma _____	Fecha _____

12. LIBRANZA

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo al pagador de _____, para que haga los descuentos de mi sueldo, primas, vacaciones, incapacidades, licencias remuneradas, indemnizaciones, pensiones y prestaciones sociales, que reporte CORVINDE, en caso de no cancelar en la fecha de vencimiento establecida y hasta la cancelación total del crédito de acuerdo a la reglamentación vigente la cual declaro y manifiesto mi conformidad con la liquidación que para el efecto se produzca. En caso de que la pagaduría no me efectúe los descuentos conforme lo indica CORVINDE, me comprometo a cancelar en los cinco (5) días siguientes al vencimiento del crédito en la tesorería de CORVINDE o a consignar en las cuentas bancarias correspondientes, el valor contenido en esta Libranza o Título Valor, garantía del crédito a nuestro cargo, mas los intereses corrientes y de mora. Igualmente autorizo a la entidad para que en caso de liquidación de la empresa, reestructuración de la misma, supresión del cargo, retiro voluntario, despido por cualquier causa de desvinculación, deducir de mi indemnización, prestaciones sociales o cualquier pago adicional que me haga la empresa, el saldo total de mis obligaciones con CORVINDE, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 59, 149 y 150 del Código Sustantivo del Trabajo.

La pagaduría hace constar que los datos correspondientes a sueldo y tiempo de servicio en la empresa son verídicos y además de los descuentos mensuales del solicitante sin incluir los de CORVINDE, son de \$ _____, si CORVINDE aprueba el préstamo, esta oficina acepta efectuar los descuentos conforme se indica.

CORVINDE se reserva el derecho de exigir el pago total de la obligación en caso de falsedad en la documentación e información suministrada, así mismo, al presentar mora superior a 90 días.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____	FIRMA DEL PAGADOR _____
NOMBRE _____	NOMBRE _____
C.C. _____ DE _____	C.C. _____ DE _____
C.C. _____ DE _____	Cargo _____ Tel. _____

13. USO EXCLUSIVO DE CORVINDE - La información del presente formulario fue verificada por el funcionario

Nombre: _____	Firma: _____	Fecha: _____
---------------	--------------	--------------