

## SOLICITUD DE CREDITO

**FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO EN LETRA IMPRENTA Y EN TINTA NEGRA**

FECHA		CIUDAD		RECIBIO	
<b>INFORMACION DEL CREDITO</b>					
Valor (\$):		Plazo (meses):		tasa de interés (%):	
Línea de Crédito:		Para invertir en:			
Recoge saldo de otros créditos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cuales:			
<b>DATOS PERSONALES ASOCIADO</b>					
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombre(s)		Edad:
Identificación No.	Lugar / fecha de Expedición		Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Lugar/fecha nacimiento: (dd/mm/aa)	
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/>	Vive en Casa: Propia <input type="checkbox"/>		Estrato: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No. De personas a cargo	
U. Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Adultos <input type="checkbox"/> Menores de 18 <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular:	E-mail:		Teléfono Ofc./Ext:		
Autorizo envío mensaje de texto a mi celular? Si. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>	Autorizo envío mensajes a mi e-mail? Si. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>		Teléfono Fijo Casa:		
Dirección residencia actual:	Barrio	Ciudad / Departamento	Jornada laboral M. Tiempo <input type="checkbox"/> T. Completo <input type="checkbox"/>		
<b>DATOS BASICOS DEL CONYUGE</b>					
Primer Apellido	Segundo Apellido		Nombre(s)		Edad:
Identificación No.	Lugar / fecha de Expedición		Sexo: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	Lugar/fecha nacimiento: (dd/mm/aa)	
Teléfono celular:	E-mail:		Teléfono Ofc. Ext:		
Autorizo envío mensaje de texto a mi celular? Si. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>	Autorizo envío mensajes a mi e-mail? Si. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>		Teléfono Fijo Casa :		
Dirección residencia actual:	Barrio	Ciudad / Departamento	Salario:		
Dirección empresa:	Tipo de empresa: Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual:				
Fecha de ingreso a la empresa: (aa/mm/dd)	Tipo de contrato: Independiente <input type="checkbox"/> Termino fijo <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/>				
Tipo de salario: Integral <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/>	Tipo de actividad: Asistencial <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Área / Sección	
<b>DATOS ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL</b>					
Nombre de la empresa (con la que contrata)	Cargo	Ciudad de Cuenta:	Cuenta de Nomina No.:		
Dirección empresa:	Tipo de empresa: Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Fondo de Cesantías:		
Fecha de ingreso a la empresa: (dd/mm/aa)	Tipo de contrato: Independiente <input type="checkbox"/> Termino fijo <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> CTA <input type="checkbox"/>				
Tipo de salario: Integral <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/>	Tipo de actividad: Asistencial <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			Área / Sección	
<b>Ingresos Mensuales:</b>		<b>Egresos Mensuales:</b>		<b>Patrimonio Bienes Inmuebles</b>	
Sueldo \$ _____	Arriendo \$ _____	Tipo Inmueble _____	Clase de Vehículo _____		
Comisiones \$ _____	Gastos Fam. \$ _____	Dirección _____	Marca / modelo _____		
Otros ing. \$ _____	Otros \$ _____	Escritura _____	Placa No. _____		
<b>Sub-total</b> \$ _____	Prestamos \$ _____	Fecha _____	Valor comercial _____		
Cónyuge \$ _____	<b>Sub-total</b> \$ _____	Notaria _____	Pignorado Si/No _____		
Otros ing. \$ _____	Gastos Cónyuge \$ _____	Mat. Inmobiliaria _____	A favor de _____		
<b>Total ingr.</b> \$ _____	<b>Total egresos</b> \$ _____	Ciudad _____	Valor cuota _____		
		Valor comercial _____	Valor pte. Pago _____		
		Hipoteca Si/No _____	Otros bienes _____		
		Valor pte. Pago _____	Valor comercial _____		

**CUENTAS POR PAGAR A TERCEROS**

Entidad:	No. Obligación: _____ tipo Garantía: _____	Vlr Inicial: _____ Saldo Obligación: _____	Vlr. Cuota mensual: _____ Vto Final: _____
Entidad:	No. Obligación: _____ tipo Garantía: _____	Vlr Inicial: _____ Saldo Obligación: _____	Vlr. Cuota mensual: _____ Vto Final: _____

**REFERENCIAS PERSONALES**

Familiar:	Teléfono / celular: _____	Dirección: _____	Ciudad: _____
Comercial:	Teléfono / celular: _____	Dirección: _____	Ciudad: _____
Financiera:	Teléfono / celular: _____	Dirección: _____	Ciudad: _____

**DECLARACIONES -AUTORIZACIONES-FIRMA Y HUELLA**

Declaro expresamente que:

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalles de ocupación, oficio, actividad o negocio) \_\_\_\_\_

Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales 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 formato es veraz y verificable, y me obligo anualmente a actualizarla conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecidos la Cooperativa de Trabajadores de la Fundación Valle del Lili. EL incumplimiento de esta obligación faculta a la Cooperativa, para excluir unilateralmente mi condición de asociado.

Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en que se aparecen escritas.

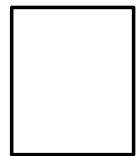
Autorizo a la Cooperativa de Trabajadores de la Fundación Valle del Lili, para que con los fines de administración de riesgos, de información entre compañías, entre estas y las autoridades competentes, y evitar cualquier acto fraudulento; consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, y en particular a la **Unidad de Inteligencia Financiera y Económica de Colombia UIAF**, así como al **Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude INIF** a su base de datos y su administración, la información y los datos personales derivados y conocidos por la presente asociación o de cualquier otro vínculo que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se le haya otorgado a la Cooperativa o se le otorguen en el futuro con ocasión del desarrollo de la presente asociación. Así mismo autorizo de manera irrevocable la Cooperativa de Trabajadores de la Fundación Valle del Lili, a solicitar a cualquier persona, institución o autoridad, información sobre mis referencias personales, comerciales y financieras, mis negocios y actividades, mis obligaciones el sector financiero y asegurador, antecedentes judiciales y cualquier otro dato que a juicio de la Cooperativa sea pertinente para verificar y ampliar lo consignado en este formato único de conocimiento del cliente, así como para evaluar la aceptación del mismo. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

Autorizo (amos) a la Cooperativa de Trabajadores de la Fundación Valle del Lili, "Coopvalili Ltda" de acuerdo a las normas existentes, descontar por nomina de mi (nuestro) salario y todo lo que se considere prestación social cualquiera sea su origen, los valores comprometidos en mi(s) solicitud(es). Así mismo en caso de mi(nuestro) retiro de la empresa para la cual laboro, descontar el saldo de mis obligaciones de las prestaciones sociales y demás valores que me correspondieran ya sea como deudor o como codeudor.

**Declaración Póliza Seguro de Vida Deudores:**

En este momento de ingreso a la póliza declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, diabetes, sida, hipertensión arterial, cáncer, alcoholismo, tabaquismo y en general ninguna enfermedad preexistente al inicio de este seguro.

**LA DOCUMENTACIÓN ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD, POR EL HECHO DE SU APORTE ES PROPIEDAD DE LA COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LA FUNDACION VALLE DEL LILI, POR LO QUE SE PODRA DESTRUIR EN CUALQUIER MOMENTO, ESPECIALMENTE EN CASO DE QUE SE NIEGUE EL SERVICIO DE CREDITO O EL ASOCIADO Y SUS CODEUDORES DESISTA DEL MISMA ANTES O DESPUES SU APROBACION.**



DEUDOR

CODEUDOR

**SI ES EMPLEADO DE LA F.V.L. Y/O EMPRESAS ANEXAS**

- Copia de la Cedula
- Copia ultimos dos comprobantes de pago
- Copia de certificado de fondo de cesantías
- Recibo de Matrícula
- Promesa de Compra - Venta
- Contrato de Mano de Obra
- Constitución de Hipoteca
- Pignoración de Vehículo
- Pignoración de Cesantías
- Recoge saldo anterior

**SI ES DEUDOR EXTERNO**

- Copia de Cedula de Ciudadanía
- Carta Laboral original (especificar tiempo, cargo, salario, y tipo contrato)
- Copia últimos dos comprobantes de pago
- Certificado de ingresos y retenciones
- Ultimo recibo de pago de servicios públicos

**PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE CREDITO Y/O GERENCIA Y/O CONSEJO DE ADMINISTRACION**

Valor aprobado:	Plazo (meses): _____	Mes (\$) _____	Tasa interés %: _____	Valor Cuota: _____
Pignora cesantías: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Recoge saldos de otros creditos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Valor \$ _____	Nivel Endeudamiento %.	
Desembolsar a:	Fecha de aprobación:		Acta No.	
Fecha de desembolso:	Otras observaciones:			

**Firmas de miembros integrantes del Comité de Creditos**