

<b>No Solicitud</b>		<b>Fecha diligenciamiento (d/m/a)</b>		<b>Fecha Radicación completa de documentos (d/m/a)</b>	
Adquisición de vivienda <input type="checkbox"/>		Adquisición Lote <input type="checkbox"/>		Construcción <input type="checkbox"/>	
Adquisición VIS <input type="checkbox"/>		Cancelación Hipoteca <input type="checkbox"/>		Adquisición VIP <input type="checkbox"/>	
Valor Solicitado:				Reparaciones Locativas <input type="checkbox"/>	Credifeliz <input type="checkbox"/>
				<b>Otro: Cual?:</b>	
				Plazo:	

Información Titular del crédito					
<b>Nombres y apellidos completos</b>					
Doc. Identidad C.C. <input type="checkbox"/>		C.E. <input type="checkbox"/> Numero:		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Madre / padre cabeza de familia Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Soltero <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Numero de Hijos : Personas a cargo:	
Fecha de Nacimiento Dia:		Mes:		Año:	
Edad:		Lugar de Nacimiento:			
Nivel de estudios Primaria <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post grado <input type="checkbox"/> Profesión:	
Dirección Residencia Actual, Municipio, Ciudad:					
Vive en casa Propia <input type="checkbox"/>		Familiar <input type="checkbox"/>		Arrendada <input type="checkbox"/>	
Vive en casa Rural <input type="checkbox"/>		Urbano <input type="checkbox"/>		Estrato Barrio/Urbanización	
Dirección envío de correspondencia, municipio, ciudad:				Promotora de salud a la que esta inscrito	
Celular No.			Correo electrónico		

Información Laboral					
Carrera administrativa <input type="checkbox"/>		Libre nombramiento <input type="checkbox"/>		Provisional <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Trabajador oficial <input type="checkbox"/>	
Empresa donde trabaja		Cargo actual/Ocupación		Fecha de vinculación	
Dirección de la empresa		Municipio		Teléfono oficina	
Información Financiera					
Ingresos mensuales		Egresos \$		Entidad pagadora de cesantías	

Información conyugue o compañero (a) permanente					
<b>Nombres y apellidos completos</b>					
Doc. Identidad C.C. <input type="checkbox"/>		C.E. <input type="checkbox"/> Numero:		Firma escritura Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección Residencia Actual, Municipio, Ciudad:					
Dirección envío de correspondencia, municipio, ciudad:				Barrio/Urbanización residencia actual	
Celular No.			Correo electrónico		

**Información Laboral Conyugue o Compañero (a) Permanente****Actividad Económica**Empleado Independiente Jubilado Pensionado Rentista de capital 

Empresa donde trabaja	Cargo actual/Ocupación	Fecha de vinculación
Dirección de la empresa	Municipio	Teléfono oficina
Nombre / Tipo de negocio ( si es independiente)	Tipo de actividad ( Si es independiente)	Tipo de Sector Publico <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>

**Otros****Bienes Raíces**

Clase de propiedad	Valor comercial	Ciudad	Hipoteca a favor de
Clase de propiedad	Valor comercial	Ciudad	Hipoteca a favor de

**Vehículos**

Tipo Vehículo / marca	Valor comercial	Modelo	Placa	Prenda a favor de
Tipo Vehículo / marca	Valor comercial	Modelo	Placa	Prenda a favor de

**Referencia Familiar**

Nombre / apellido	parentesco	Celular	Dirección residencia / ciudad
-------------------	------------	---------	-------------------------------

**Referencia personal**

Nombre / apellido	parentesco	Celular	Dirección residencia / ciudad
-------------------	------------	---------	-------------------------------

**Desembolso**

Autorizo a la Corporación Social para que el dinero, producto del préstamo que solicito, si es aprobado sea depositado en:

Cuenta de Corriente Cuenta de Ahorros 

Numero: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

**Autorizaciones y Observaciones generales**

La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para la Corporación. Conforme a lo previsto en el artículo 97 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, si en el termino de 60 días contados a partir de la aprobación por la Gerencia, no legalizo la documentación requerida para el desembolso del crédito, autorizo a la Corporación Social para que revoque el acto administrativo por el cual se aprueba y ordena el pago del crédito, ya que transcurrido este lapso de tiempo, debe entenderse que DESISTIO de la solicitud. Igualmente manifiesto que los datos suministrados en este formulario son ciertos y pueden ser verificados por la Entidad y la autorizo expresamente para que realice consultas y reportes de mi estado de crédito a centrales de riesgo. Cualquier falsedad en la información cancela automáticamente su tramite . Autorizo a la Corporación Social de Cundinamarca para que consulte, registre y reporte a los Entes de Control y bases de datos DIAN y Centrales de Riesgo , sobre todas mis (nuestras) operaciones crediticias que bajo cualquier modalidad se me (nos) hubiere otorgado o se me (nos) otorgue en el futuro. Finalmente autorizo el tratamiento de datos personales contenido en este formulario, para los fines establecidos en la ley, de la misma forma autorizo a la entidad que me realice notificaciones mediante correo electrónico, mensaje de texto o cualquier otro medio de contacto. Me comprometo en actualizar la información contenida en este formulario en caso que tenga modificación de lugar de trabajo, domicilio u otra novedad.

**Solicitante**Firma solicitante  
C.C.**Datos del funcionario que recibe**

Nombres y apellidos	Cargo	Código	Firma
---------------------	-------	--------	-------