

No Solicitud		Fecha diligenciamiento (d/m/a)		Fecha Radicación completa de documentos (d/m/a)	
Adquisición de vivienda		Adquisición Lote		Construcción	
Adquisición VIS		Cancelación Hipoteca		Adquisición VIP	
Valor Solicitado:				Reparaciones Locativas	Credifeliz
				Otro: ¿Cuál?:	
				Unificación Obligaciones	Cancelación Obligación como codeudor
				Plazo:	

Información Titular del crédito						
Nombres y apellidos completos						
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"/>	Número de hijos	Personas a cargo
Fecha de Nacimiento Día:	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		Vive en casa		Estrato	Barrio/Urbanización	
Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Urbano <input type="checkbox"/>		
Dirección envío de correspondencia, municipio, ciudad:					Promotora de salud a la que está 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				
Nombres y apellidos completos				
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: Público <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 término 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 trámite. 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
---------------------	-------	--------	-------