

No Solicitud		Fecha Diligenciamiento de la solicitud (d/m/a)		Fecha radicación completa de documentos (d/m/a)	
---------------------	--	---	--	--	--

ORDINARIO	EDUCATIVO	VEHICULO	ROTATIVO	¿CUÁL?	UNIFICACION OBLIGACIONES
CREDICARTERA	CREDIFELIZ	CORPOAGIL	OTRO		CANCELACION OBLIGACIONES COMO CODEUDOR

Valor Solicitado:	Plazo:		
Garantía			
CODEUDOR (ES) <input type="checkbox"/>	PAGARE <input type="checkbox"/>	PRENDA <input type="checkbox"/>	HIPOTECA <input type="checkbox"/>

Información Titular del crédito					
Nombres y apellidos completos					
Doc. Identidad	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Número:	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	Mes:	Año:	Edad:	Lugar de Nacimiento:	
Día:					
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"/>	Urbana <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		
Bienes Raíces				
Clase de propiedad	Valor comercial	Ciudad	Hipoteca a favor de	
Vehículos				
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	

Información Codeudores	
Información primer Codeudor	
Nombres y Apellidos completos	
Doc. Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:	Teléfono/celular:
Dirección Residencia Actual, Municipio, Ciudad:	
Correo electrónico	

Información segundo Codeudor	
Nombres y Apellidos completos	
Doc. Identidad C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Número:	Teléfono/celular:
Dirección Residencia Actual, Municipio, Ciudad:	
Correo electrónico	

Desembolso	
Autorizo a la Corporación Social para que el dinero, producto del préstamo que solicito, si es aprobado sea depositado en:	
Cuenta de Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Numero: _____ Banco: _____

Autorizaciones y Observaciones generales	
<p>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.</p> <p>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.</p>	

Solicitante	
-------------	--

Firma solicitante C.C.

Codeudor 1	
------------	--

Firma Codeudor 1 C.C.

Codeudor 2	
------------	--

Firma Codeudor 2 C.C.

Datos del funcionario que recibe			
----------------------------------	--	--	--

Nombres y apellidos	Cargo /área	Código	Firma