

Nota: El formulario debe ser diligenciado sin enmendaduras y en esfero de tinta negra

N° 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:		
<b>Garantía</b>			
CODEUDOR (ES) <input type="checkbox"/>	PAGARE <input type="checkbox"/>	PRENDA <input type="checkbox"/>	HIPOTECA <input type="checkbox"/>

<b>Información Titular del crédito</b>					
<b>Nombres y apellidos completos</b>					
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"/>
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:					
Tipo de vivienda:		Sector de la vivienda:		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:		

<b>Información Laboral</b>					
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:	
<b>Información Financiera</b>					
Ingresos mensuales		Egresos \$		Entidad pagadora de cesantías	
<b>Bienes Raíces</b>					
Clase de propiedad		Valor comercial	Ciudad	Hipoteca a favor de	
<b>Vehículos</b>					
Tipo Vehículo / marca		Valor comercial	Modelo	Placa	Prenda a favor de
<b>Referencia Familiar</b>					
Nombre / apellido		Parentesco	Celular		Dirección residencia / ciudad
<b>Referencia Personal</b>					
Nombre / apellido		Parentesco	Celular		Dirección residencia / ciudad

**Información Codeudores**

**Información Primer Codeudor**

**Nombres y Apellidos completos:**

Doc. Identidad C.C.  C.E.  Número: \_\_\_\_\_ Teléfono/celular: \_\_\_\_\_

Dirección Residencia Actual, Municipio, Ciudad:

Correo electrónico:

**Información segundo Codeudor**

**Nombres y Apellidos completos:**

Doc. Identidad C.C.  C.E.  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 Corriente:  Cuenta de Ahorros  Número: \_\_\_\_\_ 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.

**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