

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

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

ORDINARIO	EDUCATIVO	VEHICULO	ROTATIVO	UNIFICACION OBLIGACIONES
CREDICARTERA	CREDIFELIZ	CORPOAGIL		CANCELACION OBLIGACIONES COMO CODEUDOR

Valor Solicitado:	Plazo:	
Garantía		
CODEUDOR (ES) <input type="checkbox"/>	PAGARE <input type="checkbox"/>	PRENDA <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:	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, Ciudad, Municipio:						
Tipo de vivienda:		Sector de la vivienda:		Estrato:	Barrio/Urbanización/Vereda:	
Propia <input type="checkbox"/>	Familiar <input type="checkbox"/>	Arrendada <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>	Urbana <input type="checkbox"/>		
Dirección envío de correspondencia, ciudad/municipio:				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"/>	Elección Popular <input type="checkbox"/>
Entidad / Empresa donde trabaja:		Cargo actual/Ocupación:		Fecha de vinculación:	
Dirección de la entidad / empresa:		Ciudad / 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					
Nombres / apellidos		Parentesco	Celular		Dirección residencia / ciudad / municipio
Referencia Personal					
Nombres / apellidos		Parentesco	Celular		Dirección residencia / ciudad / municipio

Información Codeudores

Información Primer Codeudor

Nombres y Apellidos completos:

Doc. Identidad C.C. C.E. Número: _____ Teléfono/celular: _____

Dirección Residencia, Ciudad / Municipio:

Correo electrónico:

Información segundo Codeudor

Nombres y Apellidos completos:

Doc. Identidad C.C. C.E. Número: _____ Teléfono/celular: _____

Dirección Residencia, Ciudad / Municipio:

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