



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
FORMATO
SOLICITUD DE CREDITO**

Código: FO-GF-CC-001

Versión: 3

Fecha: 03/ 08/2015

Solicitante Codeudor o Aportante

LÍNEA DE CRÉDITO Libre Inversión Vivienda Monto Solicitado _____ Garantía _____
 Turismo

DATOS DEL SOLICITANTE

Cédula No. _____ Apellidos: _____ Nombres: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: _____ No. personas a cargo: _____
 Dirección residencia: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____
 Empresa donde trabaja: _____ Dirección donde trabaja: _____
 Municipio: _____ Teléfono: _____ Código empresa: _____
 Correo electrónico _____

Abono en cuenta perteneciente a entidades financieras de la red ACH

Certifico que la cuenta: Corriente Ahorros No. _____ de _____
 Está a mi nombre y autorizo a COMFACESAR para consignar en ella el desembolso del crédito solicitado.

DATOS DEL CÓNYUGE (Si Tiene)

Cédula No. _____ Apellidos: _____ Nombres: _____
 Empresa donde trabaja: _____ Dirección donde trabaja: _____ Municipio: _____
 Cargo: _____ Fecha de ingreso: _____ Salario: _____

INFORMACIÓN DE BIENES (Si Tiene)

Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____
 Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____
 Casa Apto. Finca Lote Dirección Municipio No. Escritura y Fecha

 Notaría: _____ No. Matrícula: _____ Hipoteca a Favor de _____

REFERENCIAS

Familiar que no viva con usted Nombre y apellidos _____ Teléfono residencia _____
 Empresa donde trabaja _____ Teléfono trabajo _____

Personal Nombre y apellidos _____ Teléfono residencia _____
 Empresa donde trabaja _____ Teléfono trabajo _____

Comercial y/o Bancaria Entidad _____ Teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo (amos) a COMFACESAR para que exclusivamente con fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos, sobre todas mis (nuestras) operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad me (nos) hubiere(n) otorgado o se me (nos) otorgue(n) en el futuro

AUTORIZACIÓN PARA RETENCIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR Y NÓMINA

Autorizo a COMFACESAR y me responsabilizo de la firma, para debitar mensualmente el valor correspondiente al subsidio familiar y a la empresa para efectuar las deducciones de nómina hasta cancelar el valor total del préstamo autorizado por COMFACESAR.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE VIDA DEUDORES

Yo el abajo firmante, declaro que mi estado de salud corresponde a lo que a continuación marco con una X:
 En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud, mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida y desarrollo en forma normal mis actividades.
 Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

Mentales ___ Cardiovasculares ___ Cerebrovasculares ___ Sida ___ Drogadicción ___ Pulmonares ___ Renales ___ Gastrointestinales ___ Cáncer ___ Diabetes ___ Hipertensión
 Arterial ___ Tabaquismo: Cigarrillos diarios ___ 3 ò menos ___ 4 ___ 5 ò mas ___ Alcoholismo: Tragos semanales ___ 3 ó menos ___ 4 ___ 5 ò mas ___ Otra (brinde detalles) _____

Si antes o después de mi fallecimiento se llegare a comprobar que mi estado de salud no corresponde a lo declarado, la aseguradora, puede proceder de acuerdo con los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. En desarrollo del Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Aseguradora., para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica.

Firma del solicitante _____ Firma del Cónyuge o Aportante _____
 C.C. C.C.



Certificado No. SOC396-1
 Certificado No. SOC396-2
 Certificado No. SOC396-3
 Certificado No. SOC396-4



**SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
FORMATO
SOLICITUD DE CREDITO**

Código: FO-GF-CC-001

Versión: 3

Fecha: 03/ 08/2015

CERTIFICACION DEL EMPLEADOR

Fecha _____

Nombre de la empresa: _____ NIT. _____ Teléfono _____

Nombre del funcionario encargado del suministro de la información: _____ Tipo de Contrato _____

Fecha de Inicio _____

Fecha de Vencimiento _____

Ingresos:	Valor:	Descuentos:	Valor:
Salario Básico Mensual	_____	Deducciones de Ley	_____
Subsidio Transporte	_____	Fondos	_____
Otros Ingresos	_____	Cooperativas	_____
Total Ingresos	_____	Embargos	_____
		Otros	_____
		Total Gatos	_____

Las cesantías se encuentran en el fondo (nombre) _____

Por valor aproximado de _____

Valor aproximado de las cesantías en la empresa _____

Total _____

La empresa acepta retener de las prestaciones sociales el valor que adeuda el trabajador a COMFACESAR en el momento de su retiro,

Observaciones del empleador _____

Firma y sello de la empresa _____

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR

Grupo Familiar	No. Subsidio	Valor

Crédito Vigente Solicitante	
Vr. Cuota	Saldo

Consulta Procrédito: _____ Fecha: _____ Verificó _____

Fecha _____ Hora _____ Acta No. _____ Aprobado _____ Aplazado _____ Negado _____

Valor aprobado: _____ Seguro: _____ Garantía: _____ Saldo anterior _____ Total a entregar: _____
\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____

Plan de Pago: _____ Interés _____ No. Cuotas _____ Vr. Cuotas _____

Cuotas extras _____

Desembolso a nombre de: _____

Firman el Pagaré: _____

OBSERVACIONES _____

RECIBIÓ

VERIFICÓ

ANALIZÓ

APROBÓ

- Lea cuidadosamente la solicitud y diligénciela en su totalidad, no se aceptan tachaduras ni enmendaduras.
- La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para COMFACESAR.
- Cualquier falsedad detectada cancela automáticamente el trámite del Crédito.
- Si tiene otros ingresos, presente los certificados que lo acrediten.

DOCUMENTOS ANEXOS:

- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía y carné de Comfacesar
- Certificado laboral original indicando: cargo, salario, fecha de vinculación y tipo de contrato; con fecha no superior a 30 días. Si el contrato es a término fijo, se debe especificar la fecha de terminación del mismo y autorización para descuento por nómina.
- Colillas de pago donde se certifique el último mes de salario. En caso de no tenerlas en la carta laboral, se debe especificar el valor de las deducciones mensuales.



Producto No.SOC3M-1
Certificado No.SOC3M-2
Certificado No.SOC3M-3
Certificado No.SOC3M-4

DESPRENDIBLE PARA EL SOLICITANTE

El solicitante entregó la solicitud completamente diligenciada y adjuntó toda la documentación requerida SI _____ NO _____

Nombre completo del solicitante _____ No. de Cédula: _____