



**COOPERATIVA LABOYANA  
DE AHORRO Y CREDITO LTDA.**

NIT. 891.102.558-9

VIGILADA Supersolidaria

INSCRITA FOGACOOOP

**SOLICITUD DE CRÉDITO**



FECHA DE RECEPCION DD MM AAAA

**DEUDOR**

VALOR SOLICITADO	PLAZO	AMORTIZACION	GARANTIA	REAL	PERSONAL
DESTINO CREDITO			LINEA CREDITO		
SALDO DE APORTES	SALDO AHORROS	ENDEUDAMIENTO	FECHA AFILIACION	DD	MM AAAA

**INFORMACION PERSONAL SOLICITANTE**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		TIPO DOC. TI. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> NUIP. <input type="checkbox"/>
No. DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICION	FECHA DE EXPEDICION	DD	MM AAAA
FECHA DE NACIMIENTO	DD	MM	AAAA	
CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	GENERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>
DIRECCION RESIDENCIA		BARRIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO
TELEFONO FIJO	CELULAR	CORREO ELECTRONICO	ESTRATO	
TIPO DE VIVIENDA PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>	NOMBRE ARRENDADOR	HACE CUANTO VIVE ALLI?	MESES	AÑOS TELEFONO
NIVEL ACADEMICO PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	ENVIO DE CORRESPONDENCIA: RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OFICINA <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/>			
<b>PERSONAS A CARGO</b>				
No. HIJOS	OTROS	NIVEL DE ESCOLARIDAD	PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIOS <input type="checkbox"/> TECNOLOGICOS <input type="checkbox"/> POSGRADOS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/>	

**DATOS DEL CONYUGE DEL SOLICITANTE**

APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO DOC. TI. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> NUIP. <input type="checkbox"/>	No. IDENTIFICACION	NACIONALIDAD	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
EMPRESA DONDE LABORA	CARGO	DIRECCION EMPRESA	TELEFONO	
SALARIO	TOTAL INGRESOS	TOTAL EGRESOS		

**ACTIVIDAD ECONOMICA SOLICITANTE**

EMPLEADO <input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/>	JUBILADO <input type="checkbox"/>	RENTISTA <input type="checkbox"/>	ESTUDIANTE <input type="checkbox"/>	AMA DE CASA <input type="checkbox"/>	OFICIO VARIOS <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
EMPRESA DONDE LABORA	PROFESION	CARGO	DIRECCION	TELEFONO	CELULAR	CIUDAD		
PROFESION U OFICIO	CARGO O ACTIVIDAD	EXPERIENCIA LABORAL	TIEMPO SERVICIO ACTUAL					

**PATRIMONIO SOLICITANTE**

BIEN RAIZ	DESCRIPCION DEL BIEN ESCRITURA	NOTARIA	MATRICULA INMOBILIARIA DIRECCION	FECHA
	VALOR COMERCIAL	AVALUO CATASTRAL	HIPOTECADO A	SALDO DE LA OBLIGACION
VEHICULO	TIPO DE VEHICULO	MARCA	MODELO	PLACA
	RESERVA DE DOMINIO	SALDO OBLIGACION	VALOR COMERCIAL	TIPO DE VEHICULO
OTROS	TIPO DE BIEN	VALOR COMERCIAL	DETALLE	

**INFORMACION FINANCIERA SOLICITANTE**

<b>INGRESOS</b> (Caja, Bancos, Bien Raiz, Vehiculo, Inventarios, Inmuebles y Enseres)	SALARIO	_____	<b>EGRESOS</b> (Hipotecas, Prestamos, Otras deudas)	ARRIENDO	_____
	COMISIONES Y HONORARIOS	_____		OBLIGACIONES FINANCIERAS	_____
	INGRESOS FIJOS	_____		OTRAS DEUDAS	_____
	OTROS INGRESOS	_____		GASTOS FAMILIARES	_____
	<b>TOTAL INGRESOS</b>	_____		<b>TOTAL EGRESOS</b>	_____
<b>TOTAL ACTIVOS</b>	_____	<b>TOTAL PASIVOS</b>	_____		

**REFERENCIAS DEL SOLICITANTE**

FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED	NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO	TELEFONO
	DIRECCION	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO DEL TRABAJO
PERSONAL NO FAMILIAR	NOMBRES Y APELLIDOS		VINCULO	TELEFONO
	DIRECCION	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO DEL TRABAJO
COMERCIAL	ESTABLECIMIENTO	DIRECCION	CIUDAD	DEPARTAMENTO
	TELEFONO	ACTIVIDAD		
FINANCIERA	ENTIDAD SUCURSAL	DIRECCION	CIUDAD	DEPARTAMENTO
	TELEFONO	PRODUCTO	No CUENTA	

## DECLARACIÓN DE ORÍGENES DE FONDOS Y AUTORIZACIONES

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto de la Superintendencia Solidaria de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro y certificados de depósitos de ahorro a término, negocios fiduciarios, carteras colectivas, inversiones, operaciones de crédito, leasing y arrendamiento etc, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y/o recursos.

1. Los bienes que poseo han sido adquiridos a través de:

Compraventa     Donación     Herencia     No poseo Bienes     Otro Cual? \_\_\_\_\_

2. Los recursos que entregué provienen de las siguientes fuentes:

Salario     Honorarios     Utilidades     Renta     Padres     Contratación con Terceros     Otro Cual? \_\_\_\_\_

3. País de origen de los recursos:

Colombia     Otro Cual? \_\_\_\_\_

4. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o lo adicione.

5. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades ó a favor de personas relacionadas con las mismas.

### AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR A LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a la Cooperativa Laboyana de Ahorro y Crédito COOLAC como solicitante o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor en forma permanente e irrevocable a reportar, procesar, solicitar y divulgar a las centrales de información, toda la información referente a mi comportamiento comercial. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejen en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al Sector Financiero y en general, frente al comportamiento de mis obligaciones adquiridas. La información reportada a la base de datos permanecerá durante el tiempo que la ley establezca, de acuerdo con el momento que se efectúe el pago y de la manera como se tramite y termine los procesos de cobro.

### OTRAS DECLARACIONES

Autorizo a saldar las cuentas, depósitos y dar por terminados en forma unilateral los contratos de este y otros productos que tenga en la Cooperativa Laboyana de Ahorro y Crédito COOLAC, en caso de infracción de cualquiera de los compromisos y obligaciones contenidos en este documento o por aparecer mi nombre o identificación, el de mis autorizados, cónyuge o compañero (a) permanente o apoderados registrados en las listas inhibitorias de COOLAC, eximiendo a la Cooperativa de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento o de violación del mismo.

Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación sin limitación alguna mientras subsista la relación comercial con la Cooperativa o con quien represente sus derechos. Así mismo manifiesto que cualquier cambio será notificado a la Cooperativa Laboyana de Ahorro y Crédito COOLAC.

Declaro que conocí, acepte las condiciones de los reglamentos y contratos de los productos aquí solicitados. En constancia de haber leído y aceptado lo anterior firmo el presente documento en el espacio para la firma, igualmente me obligo de manera irrevocable a actualizar anualmente los datos reportados en este formulario y los demás que la Cooperativa Laboyana de Ahorro y Crédito COOLAC, considere del caso, sin perjuicio de mi obligación de informar dentro de los cinco (5) días calendario.

"En éste momento de ingreso a la póliza declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebro vascular, cardiovascular, diabetes, sida, cáncer y en general ninguna enfermedad terminal preexistente al inicio de este seguro".

## FIRMAS

\_\_\_\_\_ SOLICITANTE

\_\_\_\_\_ CONYUGE (Solicitante)

## ESPACIO RESERVADO PARA LA COOPERATIVA

FUNCIONARIO QUE RECIBE LOS DOCUMENTOS		FIRMA	
ANÁLISIS, OBSERVACIONES Y CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
LINEAS		VALOR	
SALDO ACTUAL			
INFORMACIÓN DE CRÉDITOS ANTERIORES:			
MONTO APROBADO:	CUOTAS	PLAZO	TASA
			FECHA
			No. DE ACTA
FIRMAS AUTORIZADAS DE APROBACIÓN			
CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN		COMITÉ DE CRÉDITO	
		GERENCIA	

REQUISITOS	EMPLEADO	INDEPENDIENTE
● FORMATO DE SOLICITUD	X	X
● FOTOCOPIA DE CEDULA AMPLIADA	X	X
● CERTIFICADO DE INGRESOS FIRMADO POR CONTADOR	X	X
● CONSTANCIA LABORAL Y DESPRENDIBLE DE PAGO	X	X
● CERTIFICADO DE INGRESOS ADICIONALES FIRMADO POR CONTADOR	X	X
● CERTIFICADO DE CAMARA Y COMERCIO	X	X
● CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES	X	X
● CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICION	X	X
● FOTOCOPIA DE TARJETA DE PROPIEDAD DE VEHICULO (para créditos de Garantía Real)	X	X
● FOTOCOPIA DE ESCRITURA (Para créditos superiores a 40 SMLV)	X	X
● PAZ Y SALVO DE TESORERIA (Para créditos superiores a 40 SMLV)	X	X