

## SOLICITUD DE CRÉDITO

CIUDAD Y FECHA DILIGENCIAMIENTO				FECHA VINCULACIÓN SOME C			Valor Fondo Mutual	Obligación ó Pagaré
CIUDAD	DD	MM	AAAA	DÍA	MES	AÑO	\$	No.

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO							
Línea de Crédito a solicitar			Valor a Solicitar \$			Plazo:	
Destino:				Tipo de Solicitante Deudor Deudor Solidario			
Desembolso del crédito a:		Entidad		Tipo de cuenta Ahorros Corriente		Número	

INFORMACIÓN PERSONAL							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
						Fecha de Nacimiento DÍA: MES: AÑO:	
Tipo de Documento C.C. C.E. T.I.		Número de Documento		Fecha de Expedición Documento DÍA: MES: AÑO:		Lugar de Expedición	Nacionalidad
Género F M	Profesión			Personas a Cargo		Estado Civil Soltero(a) Unión Libre Casado(a) Separado(a) Viudo(a)	
Dirección de Residencia			Barrio		Ciudad		Departamento
Estrato	Tipo de Vivienda Propia Familiar Arrendada		Teléfono Fijo		Celular		Correo Electrónico
Nivel de Estudios Bachillerato Técnico Tecnólogo Universitario Postgrado				Ocupación Empleado Independiente Pensionado Estudiante Rentista Hogar			Código CIU
Nombre y Apellidos Cónyuge			Celular		Correo Electrónico		

INFORMACIÓN LABORAL							
Nombre de la Empresa donde labora				Cargo		Tipo de Contrato Fijo Indefinido Servicios Otro	
Fecha de Ingreso DÍA: MES: AÑO:			Dirección de la Empresa				Teléfono Fijo
Barrio		Ciudad		Departamento		Celular	
PEP (Persona Política mente Expuesta) SÍ NO		¿Usted es funcionario Público? SÍ NO		¿Administra Recursos Públicos? SÍ NO		¿Goza usted de Reconocimiento Público? SÍ NO	

INFORMACIÓN FINANCIERA				
Ingresos Mensuales \$	Otros Ingresos \$	Concepto Otros Ingresos		Total Ingresos Mensuales \$
Gastos Fijos \$	Cuotas de Créditos \$	Otros Gastos \$	Total Gastos Mensuales \$	Disponibles Mensuales \$

Descripción activos bienes muebles					
Tipo: Casa Apartamento Finca Otro	Dirección			Ciudad	Valor Comercial \$
Tipo: Casa Apartamento Finca Otro	Dirección			Ciudad	Valor Comercial \$

Descripción activos vehículos						
Tipo: Particular Público Moto	Marca		Modelo		Placa	Valor Comercial \$
Tipo: Particular Público Moto	Marca		Modelo		Placa	Valor Comercial \$
Otros Activos \$	Total Activos \$		Total Pasivos \$		Total Patrimonio \$	¿Declara Renta? SÍ NO

## REFERENCIAS

### Referencias familiares

Nombre	Teléfono	Ciudad	Parentesco
Nombre	Teléfono	Ciudad	Parentesco

### Referencias personales

Nombre	Teléfono	Ciudad
Nombre	Teléfono	Ciudad

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.

Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la Cooperativa, así como presentar la información por cada servicio o producto que utilice.

Autorizo a **SOME C** a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información del sector financiero o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos donde se consignen de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento de mis obligaciones frente a la entidad.

Autorizo a **SOME C** para que consulte y/o verifique mi nombre y documento de identidad en listas y bases de datos de carácter público, restrictivas o privadas tanto nacionales como internacionales relacionadas con lavado de activos, financiación del terrorismo, buscados por la justicia y en las demás que informen sobre la vinculación de personas con actividades ilícitas de cualquier tipo.

Dando cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al decreto 1377 de 2013, se le informa al titular de los datos personales, que **SOME C** llevará a cabo los siguientes tipos de tratamiento de datos: recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de información, con la finalidad de ofrecer y suministrar información de los productos y servicios, reportar y actualizar ante los operadores de información y riesgo, actualizar el resultado de las relaciones contractuales, dar cumplimiento a las obligaciones pactadas, prevenir el riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo entre otras. **SOME C** actúa de conformidad con el artículo 15 de nuestra Constitución Política garantizando que nuestros asociados puedan conocer, actualizar y rectificar los datos personales o que suministre en la entidad. **SOME C** obtiene la autorización del titular de los datos dando su consentimiento por escrito en este documento.

Para todos los efectos declaro que el origen de los dineros que deposito en mis productos de aporte y crédito, y demás operaciones que tramito a través de la Cooperativa Multiactiva de Profesionales **SOME C**, proceden de: \_\_\_\_\_

Declaro que los recursos que entregue en depósito o como pago de obligaciones no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Me obligo a no prestar mis productos de aportes y crédito y a no permitir que terceros desconocidos por mí efectúen depósitos o transferencias a mi producto, también a no hacer o solicitar pagos o transferencias desde mis productos a terceros desconocidos.

Declaro que mi ocupación económica es legal y que el origen de mis recursos provienen del desarrollo de la misma y serán destinados a operaciones lícitas.

Autorizo a **SOME C** para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado unilateralmente cualquier vínculo, negocio o relación que tenga con **SOME C** en caso de inexactitud o incumplimiento de lo aquí indicado.

La Organización podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.

## DECLARACION DE SALUD DEL SOLICITANTE

Ha sufrido o sufre de estas enfermedades:	SI	NO		SI	NO
¿Del Sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Del Sistema óseo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Del Sistema cardiocirculatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Del Sistema endocrino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Del Sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Del Sistema digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿De la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Del Sistema Genitourinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cáncer en alguno de los sistemas mencionados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Observación.** En caso afirmativo dar diagnóstico \_\_\_\_\_

Como la presente solicitud es la única base para la expedición de la garantía de deuda a mi favor, dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y que si posteriormente se comprobare que no están ajustadas a la realidad, **SOME C** no estará obligada al pago de la Garantía a que se refiere esta solicitud, la que forma parte integral del contrato de préstamo.

Nombre:  
Doc. Identidad:

FIRMA

HUELLA

## ESPACIO PARA USO DE LA ORGANIZACIÓN SOLIDARIA

Decisión:

Fecha Actualización en el Sistema				Nombre de quien realizó la actualización
DD	MM	AAAA		
Fecha Verificación de la información				Nombre del encargado de verificación de la información
DD	MM	AAAA		