



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
FORMATO PARA SOLICITUD DE CRÉDITO DE CONSUMO

Código
PSC-SCR-F-2
Versión
3
Fecha de Aprobación
17/05/2017

FORMULARIO No.

FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	ANO	SOLICITANTE <input type="checkbox"/> DEUDOR SOLIDARIO <input type="checkbox"/>	No. DE SOLICITUD
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO

Tipo de crédito Nuevo <input type="checkbox"/> Retanqueo <input type="checkbox"/> Refinanciación <input type="checkbox"/>	Modalidad de Descuento Libranza <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/>	LÍNEA DE CRÉDITO:	TASA E.A. %:
--	--	-------------------	--------------

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

DESTINACIÓN DEL CRÉDITO:	VALOR SOLICITADO:	PLAZO:
--------------------------	-------------------	--------

DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Personas a Cargo		
No. de Hijos	Teléfono Principal	Teléfono Celular
Nivel Educativo Doctorado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Profesión		E-mail:
Fecha de Nacimiento	Género	Nacionalidad
Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nit. <input type="checkbox"/>
Identificación	Número	Fecha de Expedición
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nit. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Lugar expedición		

DATOS DE RESIDENCIA

Dirección	Barrio	Vereda	Ciudad
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Anticresada <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Tiempo en la Vivienda Actual Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>	Estrato 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Nombre Arrendador o de quien Anticresa Inmueble	Valor Arrendamiento/Anticres	Teléfono Arrendador/Anticres	Celular Arrendador/ Anticres

DATOS DEL EMPLEO

Ocupación Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Tipo de Empresa Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa	Nit de la Empresa
Cargo actual	Jefe Inmediato	Salario (sin comisiones): Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>	Tiempo en el Empleo Actual Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>
Dirección principal Empresa:	Barrio	Ciudad	Departamento
Tipo de Contratación Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Obra o labor <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Fecha inicio contrato Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Fecha finalización contrato Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Teléfono	Extensión	Página Web	Teléfono Celular

DESCRIPCIÓN DE ACTIVOS

Tipo de Bien Inmueble Residencial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Descripción Bien Inmueble Apto <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Dirección
Ciudad	Barrio	No. Escritura y Fecha
No. de Matrícula	Valor avalúo bien inmueble	Hipoteca a Favor de
Vehículo	Marca	Modelo
	Placa	Valor Comercial

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPANERO(A) PERMANENTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	Número	Empresa donde Trabaja
Tiempo en Trabajo Actual Años <input type="text"/> Meses <input type="text"/>	Dirección Empresa	Cargo
Ingresos mensuales \$ <input type="text"/>	Gastos personales y Familiares \$ <input type="text"/>	Cuota mensual de créditos \$ <input type="text"/>
		Otros gastos o pagos mensuales \$ <input type="text"/>

INFORMACION REFERENCIAS

Referencia Familiar que no viva con el solicitante	Nombres y Apellidos	Dirección de Residencia	Barrio o vereda:	Ciudad
	No. Cédula	Parentesco	Teléfono	Celular
	Empresa donde Trabaja	Cargo		
Referencia Familiar que no viva con el solicitante	Nombres y Apellidos	Dirección de Residencia	Barrio o vereda:	Ciudad
	No. Cédula	Parentesco	Teléfono	Celular
	Empresa donde Trabaja	Cargo		
Referencia Personal	Nombres y Apellidos	Dirección de Residencia	Barrio o Vereda:	Ciudad
	No. Cédula	Parentesco	Teléfono	Celular
	Empresa donde Trabaja	Cargo		



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
FORMATO PARA SOLICITUD DE CRÉDITO DE CONSUMO

Código
PSC-SCR-F-2
Versión
3
Fecha de Aprobación
17/05/2017

FORMULARIO No.

INFORMACIÓN REFERENCIAS					
Referencia Personal	Nombres y Apellidos		Dirección de Residencia	Barrio o Vereda:	Ciudad
	No. Cédula	Parentesco	Teléfono	Celular	
	Empresa donde Trabaja		Cargo		

DETALLE INFORMACIÓN FINANCIERA
INFORMACIÓN BALANCE PERSONAL

ACTIVOS	VALOR	PASIVOS	VALOR
EFFECTIVO, AHORRO, INVERSIONES Y OTROS	\$	SALDO DEUDAS MENORES A 1 AÑO	\$
BIENES INMUEBLES (CASAS, TERRENOS, ETC)	\$	SALDO DEUDAS MAYORES A 1 AÑO	\$
VEHÍCULOS	\$	SALDO OTRAS DEUDAS	\$
MUEBLES, ENSERES E INVENTARIOS	\$	TOTAL PASIVOS	\$
TOTAL ACTIVOS	\$	TOTAL PATRIMONIO (ACTIVO-PASIVO)	\$

RELACION DE INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES

INGRESOS MENSUALES	VALOR	EGRESOS MENSUALES	VALOR
SALARIO FIJO	\$	GASTOS PERSONALES Y FAMILIARES	\$
SALARIO VARIABLE	\$	ARRENDAMIENTO (VIVIENDA)	\$
ARRENDAMIENTOS	\$	CUOTA CRÉDITO HIPOTECARIO	\$
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	\$	DESCUENTOS NÓMINA(DIFERENTES A SALUD Y PENSIÓN)	\$
COMISIONES Y HONORARIOS	\$	CUOTA OTROS CRÉDITOS	\$
OTROS INGRESOS	\$	OTROS GASTOS	\$
¿CUALES?		¿CUALES?	
TOTAL INGRESOS MENSUALES	\$	TOTAL EGRESOS MENSUALES	\$

Descripción adicional otros ingresos	Descripción adicional otros egresos
--------------------------------------	-------------------------------------

ABONO EN CUENTA PERTENECIENTE A ENTIDADES FINANCIERAS (SOLO PARA EL SOLICITANTE)

CERTIFICO QUE LA CUENTA Corriente Ahorros No. _____ Entidad _____
 Está a mi nombre y autorizo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO para consignar en ella el desembolso del crédito solicitado.

INFORMACION OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Sí No (Si la respuesta es afirmativa por favor diligencie la siguiente información de las operaciones y los productos en moneda extranjera)

¿Cuales de las siguiente operaciones realiza en moneda extranjera?
 Exportador e Importador Importador Pago de Servicios Envío/Recepción de Giros y Remesas
 Exportador Inversiones Préstamos Otro ¿Cuales? _____

En caso de recepción o envío de giros internacionales declaro que los recursos provienen de las siguientes fuentes:
 _____ destinados para _____

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Nombre de la entidad	Tipo Producto	Cta. Ahorros <input type="checkbox"/>	Cta. Corriente <input type="checkbox"/>	CDT <input type="checkbox"/>	Acciones <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cual? _____		No. Producto _____	

Monto Mensual Promedio \$ _____ Moneda _____ País _____

Nombre de la entidad	Tipo Producto	Cta. Ahorros <input type="checkbox"/>	Cta. Corriente <input type="checkbox"/>	CDT <input type="checkbox"/>	Acciones <input type="checkbox"/>
	Otro <input type="checkbox"/>	¿Cual? _____		No. Producto _____	

Monto Mensual Promedio \$ _____ Moneda _____ País _____

AUTORIZACION PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAISES EN CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, o a quien represente sus derechos, a consultar en las centrales de información financiera, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a las Centrales de Riesgos que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso las Centrales de Riesgos podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. Así mismo, manifiesto que conozco el contenido del reglamento de las Centrales de Riesgos. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la Central de Información a que, en su calidad de operador, ponga mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido." AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizó en los términos de la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013, de manera libre, previa y voluntaria a la Caja de Compensación Familiar de Nariño, para el tratamiento de mis datos personales y de mi grupo familiar suministrados a través a de este formulario, como la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión, para las finalidades mencionadas en las "POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO - Código PGR-SGL- D-4", que permitan recibir información sobre los servicios sociales, programas de la Caja de Compensación Familiar de Nariño y sus empresas afiliadas. Marque con una **X SI** _____ **NO** _____.

Así mismo autorizo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO, envíe comunicaciones telefónicas, escritas, SMS y Correos Electrónicos, informando sobre mi estado de cartera y el reporte negativo a Centrales de Riesgos cuando el incumplimiento a los pagos pactados así lo amerite.

FIRMA DEL SOLICITANTE			FIRMA DE CODEUDOR O CÓNYUGE			FIRMA DEL DEUDOR SOLIDARIO					
Fecha Diligenciamiento	DD	MM	AAAA	Fecha Diligenciamiento	DD	MM	AAAA	Fecha Diligenciamiento	DD	MM	AAAA
X			X			X					
Nombre			Nombre			Nombre					
Documento de identidad N°			Documento de identidad N°			Documento de identidad N°					