



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO
FORMATO PARA SOLICITUD DE CRÉDITO AVANZA NÓMINA

Código
PSC-SCR-F-8
Versión
1
Fecha de Aprobación
13/07/2018

FORMULARIO No.

FECHA DE RADICACIÓN	DÍA	MES	AÑO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No. DE SOLICITUD
<input type="text"/>

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	Identificación	N° identificación
Día Mes Año		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nit. <input type="checkbox"/>	
Día Mes Año		Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año	Día Mes Año

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 Meses		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

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):		Tiempo en el Empleo Actual Años Meses	
Dirección principal Empresa:		Barrio		Ciudad		Departamento	País
Tipo de Contratación Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____				Fecha inicio contrato Día Mes Año		Fecha finalización contrato Día Mes Año	
Teléfono		Extensión		Página Web		Teléfono Celular	

INFORMACIÓN 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			

ABONO EN CUENTA PERTENECIENTE A ENTIDADES FINANCIERAS

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.

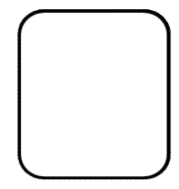
AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS Y DE TERCEROS PAISES EN CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA

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." AUTORIZÓ 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

Fecha Diligenciamiento DD MM AAAA



Firma
Nombre
Documento de identidad N°

VIGILADO SuperSubsidio