



**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

No. DE SOLICITUD

**INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD**

<b>DESTINACIÓN DEL CRÉDITO:</b>	<b>VALOR SOLICITADO:</b>	<b>PLAZO:</b>

**DATOS GENERALES**

<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	<b>NOMBRES</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Personas a Cargo</b>	
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
<b>No. de Hijos</b>	<b>Teléfono Principal</b>	<b>Teléfono Celular</b>
<b>Nivel Educativo</b>		
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"/>		
<b>Profesión</b>	<b>E-mail:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Género</b>	<b>Nacionalidad</b>
Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<b>Identificación</b>	<b>N° identificación</b>	<b>Fecha de Expedición</b>
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Nit. <input type="checkbox"/>		Día Mes Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<b>Lugar expedición</b>

**DATOS DE RESIDENCIA**

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

**DATOS DEL EMPLEO**

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

**INFORMACIÓN REFERENCIAS**

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

**ABONO EN CUENTA PERTENECIENTE A ENTIDADES FINANCIERAS**

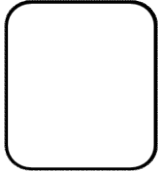
CERTIFICO QUE LA CUENTA Corriente  Ahorros  No. \_\_\_\_\_ Entidad \_\_\_\_\_  
 Está a mi nombre y autorizo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO para consignar en ella el desembolso del crédito solicitado.

**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**

<b>Fecha Diligenciamiento</b>	DD	MM	AAAA
_____ Firma		 Huella dactilar índice derecho	
Nombre			
Documento de identidad N°			