



# SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN FORMATO SOLICITUD DE CRÉDITO

Código: F-CC-001

Versión: 6

Fecha: 01/08/2023

LÍNEA DE  
CRÉDITOLibre Inversión   
Turismo Vivienda   
Educativo 

Monto Solicitado \_\_\_\_\_

Garantía \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Cédula No. \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ No. personas a cargo: \_\_\_\_\_

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Dirección donde trabaja: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Abono en cuenta perteneciente a entidades financieras de la red ACH**Certifico que la cuenta: Corriente  Ahorros  No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Está a mi nombre y autorizo a COMFACESAR para consignar en ella el desembolso del crédito solicitado.

**DESTINO DEL CREDITO (Ayúdanos a identificar opciones para ofrecerte un mejor servicio)**

Los recursos del crédito serán utilizados para:

Alimentación: \_\_\_\_\_ Útiles Escolares: \_\_\_\_\_ Vestido \_\_\_\_\_ Turismo \_\_\_\_\_ Gastos médicos  
Educación: \_\_\_\_\_ Deporte: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ Cuales: \_\_\_\_\_**INFORMACIÓN DE BIENES (Si Tiene)**

Vehículo Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

Vehículo Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Placa: \_\_\_\_\_

Casa Apto. Finca Lote Dirección Municipio No. Escritura y Fecha

Notaría: \_\_\_\_\_ No. Matrícula: \_\_\_\_\_ Hipoteca a Favor de \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS**Familiar que no viva con usted Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Teléfono residencia \_\_\_\_\_  
Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_Personal Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Teléfono residencia \_\_\_\_\_  
Empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_

Comercial y/o Bancaria Entidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo (amos) a COMFACESAR para que exclusivamente con fines de información financiera, consulte, reporte, registre y circule información a las entidades de consulta de base de datos, sobre todas mis (nuestras) operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad me (nos) hubiere(n) otorgado o se me (nos) otorgue(n) en el futuro.

**"AUTORIZACIÓN DE RECOLECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS:** En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, manifiesto que previo la suscripción del presente documento he sido notificado de la política de privacidad de COMFACESAR, y los fines con los cuales se solicitan mis datos personales, por lo cual autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca el uso y verificación de los mismos en los términos legalmente establecidos con el fin de que COMFACESAR realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión y en general, el tratamiento de los datos personales que he procedido a entregar o que entregaré, en virtud de las relaciones legales, contractuales, comerciales, crediticias y/o de cualquier otra que surja, en desarrollo y ejecución de los fines descritos en el presente documento. Así mismo, manifiesto que he sido informado de los derechos de conocer, acceder, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados, para solicitar su corrección y/o actualización en las bases de datos de COMFACESAR.

El suscrito declara que la información que ha suministrado es cierta, que no ha sido omitida ni alterada y es consciente que la falsedad u omisión puede generar consecuencias civiles y penales."

**AUTORIZACIÓN PARA RETENCIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR DE DEDUCCIÓN DE NÓMINA Y GESTIÓN DE COBRO**

Autorizo a COMFACESAR y me responsabilizo de la firma, para debitar mensualmente el valor correspondiente al subsidio familiar y a la empresa para efectuar las deducciones de nómina hasta cancelar el valor total del préstamo autorizado por COMFACESAR. Así mismo de acuerdo a los lineamientos establecidos en los artículos 2 y 3 de la Ley 2300 de 2023, autorizo de manera expresa a COMFACESAR para que en el evento de cualquier incumplimiento en el pago de la obligación adquirida, realice gestiones de cobro a través de diferentes medios de comunicación como: llamadas, correos electrónicos, mensajes vía WhatsApp, mensajes de texto y oficios a mi lugar de residencia.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE VIDA DEUDORES**

Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones pactadas, COMFACESAR se compromete a constituir a favor del señor \_\_\_\_\_ una garantía que será expedida por una compañía de seguros vigentes con la siguiente cobertura: seguro de vida, pérdida o inutilización por enfermedad, accidente o auxilio funerario.

Asimismo, declaro que mi estado de salud corresponde a lo que a continuación marco con una X:

En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud, mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida y desarrollo en forma normal mis actividades.

Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

Mentales Cardiovasculares Cerebrovasculares Sida Drogadicción Pulmonares Renales Gastrointestinales Cáncer Diabetes Hipertensión

Arterial Tabaquismo: Cigarrillos diarios 3 ó menos 4 5 ó más Alcoholismo: Tragos semanales 3 ó menos 4 5 ó más

Otra (brinde detalles) \_\_\_\_\_

Si antes o después de mi fallecimiento se llegare a comprobar que mi estado de salud no corresponde a lo declarado, la aseguradora, puede proceder de acuerdo con los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. En desarrollo del Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Aseguradora., para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Firma del Cónyuge o Aportante \_\_\_\_\_

C.C.

C.C.

Conserve el desprendible para solicitar cualquier información en el futuro.

Fecha de recibido \_\_\_\_\_

Informes: Crédito y Cobranzas 574 20 66 Ext. 116 y 141



**SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN  
FORMATO  
SOLICITUD DE CRÉDITO**

**Código:** F-CC-001

**Versión:** 6

**Fecha:** 01/08/2023

**PARA USO EXCLUSIVO DE COMFACESAR**

Grupo Familiar	No. Subsidio	Valor
----------------	--------------	-------

Crédito Vigente Solicitante	
Vr. Cuota	Saldo

Consulta Procrédito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Verificó \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ RECIBIO                                      \_\_\_\_\_ VERIFICÓ                                      \_\_\_\_\_ ANALIZÓ                                      \_\_\_\_\_ APROBÓ

- Lea cuidadosamente la solicitud y diligénciela en su totalidad, no se aceptan tachaduras ni enmendaduras.
  - La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para COMFACESAR.
  - Cualquier falsedad detectada cancela automáticamente el trámite del Crédito.
  - Si tiene otros ingresos, presente los certificados que lo acrediten.
- DOCUMENTOS ANEXOS:**
- Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía
  - Certificado laboral original indicando: cargo, salario, fecha de vinculación y tipo de contrato; con fecha no superior a 30 días. Si el contrato es a término fijo, se debe especificar la fecha de terminación del mismo y autorización para descuento por nómina.
  - Colillas de pago donde se certifique el último mes de salario. En caso de no tenerlas en la carta laboral, se debe especificar el valor de las deducciones mensuales.



**DESPRENDIBLE PARA EL SOLICITANTE**

El solicitante entregó la solicitud completamente diligenciada y adjuntó toda la documentación requerida    SI \_\_\_\_\_    NO \_\_\_\_\_

Nombre completo del solicitante \_\_\_\_\_ No. de Cédula: \_\_\_\_\_