



# Solicitud de Crédito de Pago Directo

02.6 - 07 - 036

Versión: 2

Fecha: Marzo 15 de 2014

Aprobado por: Coordinación Crédito y Cartera

Favor llenar a máquina o letra imprenta

Destino del crédito  Valor solicitado  Plazo solicitado

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres  Edad

Sexo  M  F  Doc. de identidad  C.C.  C.E.  Otro  Lugar de expedición

Estado civil  Casado(a)  Separado(a)  Viudo(a)  Soltero(a)  Tipo de Vivienda  Propia  Alquilada  Familiar  Tiempo en la Vivienda  0-1 año  2-4 años  Mas de 5 años

Municipio  Dirección de Residencia

Barrio  Teléfono

Número de Subsidios que recibe  Correo electrónico  Número de hijos

## DATOS DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL SOLICITANTE

Razón social  Nit.

Dirección  Teléfono

Correo electrónico  Tiempo en la empresa (años)

Cargo

## DATOS DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos

Sexo  M  F  Doc. de identidad  C.C.  C.E.  Otro  Lugar de expedición

Dirección de Residencia  Barrio  Teléfono

Empresa en que labora

Dirección de la empresa  Teléfono de la empresa

## DATOS DEL DEUDOR SOLIDARIO

Apellidos y Nombres  Edad

Sexo  M  F  Doc. de identidad  C.C.  C.E.  Otro  Lugar de expedición

Municipio  Dirección de Residencia

Barrio  Teléfono

Número de Subsidios que recibe  Correo electrónico

## DATOS DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA EL DEUDOR SOLIDARIO

Razón social  Nit.

Dirección  Teléfono

Correo electrónico  Tiempo en la empresa (años)

Cargo

## REFERENCIA DEUDOR - PERSONALES

Nombres y Apellidos

Dirección de Residencia  Teléfono

Dirección del Trabajo  Tel. Trabajo

## REFERENCIA DEUDOR - FAMILIARES

Nombres y Apellidos

Dirección de Residencia  Teléfono

Dirección del Trabajo  Tel. Trabajo

## REFERENCIA DEUDOR SOLIDARIO - PERSONALES

Nombres y Apellidos

Dirección de Residencia

Dirección del Trabajo

Teléfono

Tel. Trabajo

## REFERENCIA DEUDOR SOLIDARIO - FAMILIARES

Nombres y Apellidos

Dirección de Residencia

Dirección del Trabajo

Teléfono

Tel. Trabajo

## PARA USO EXCLUSIVO DE CAJACOPI

Último pago de cuotas de libranza por la empresa	Saldo de crédito por libranza
Saldo de crédito por subsidio	Saldo otros créditos
Nombre de quien confirmo los datos	Valor aprobado
Plazo aprobado	Fecha de aprobación

### Requisitos:

1. La empresa y el trabajador deben estar al día con sus obligaciones con la Caja.
2. La empresa donde labora el solicitante, si es nueva debe tener por lo menos tres meses de aporte puntual a la Caja.
3. Debe presentar un deudor solidario que sea empleado.
4. El deudor y el deudor solidario deben tener por lo menos tres meses de estar laborando con su empresa.
5. Deben diligenciar completamente esta solicitud sin tachones ni enmendaduras.
6. Anexar fotocopia de la cédula ampliada del deudor y deudor solidario ampliada al 150%
7. Certificación laboral del deudor y del deudor solidario con menos de un mes de vigencia donde especifique salario, cargo que ocupa y fecha de inicio de contrato.
8. Último volante de pago mensual del deudor y el deudor solidario.
9. Cotización del bien o servicio que se va a obtener con el crédito.

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN:

AUTORIZO DE MANERA EXPRESA A LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO PARA EL USO Y TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES QUE REPOSAN EN LAS BASES DE DATOS DE AFILIADOS Y DEL SERVICIO DE CRÉDITO, EN VIRTUD DE LA FUNCIÓN QUE LE COMPETE DE ADMINISTRAR EL SISTEMA DE SUBSIDIO FAMILIAR, EN LOS TÉRMINOS Y PARA LOS FINES ESTABLECIDOS EN LA NORMA LEGAL VIGENTE.

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador  
C.C.

\_\_\_\_\_  
Firma del deudor solidario  
C.C.

### Declaración y Autorización:

Declaro bajo juramento que toda la información aquí consignada es cierta y veraz, igualmente autorizo voluntaria e irrevocablemente a la Caja de compensación familiar Cajacopi Atlántico para verificar, consultar y reportar en las fuentes de información y centrales de riesgo que considere necesario, los datos consignados en la solicitud y el estado de mis obligaciones y para obtener referencias de mi comportamiento comercial y crediticio y cuando lo considere el caso, informar de mi comportamiento a las entidades vigiladas por la superintendencia bancaria y de entidades financieras de Colombia o a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, sobre mi correcta o deficiente utilización del crédito, igualmente declaro conocer los reglamentos y requisitos del crédito y autorizo a la caja de compensación familiar Cajacopi Atlántico a que en caso de no ser aprobado ó sea cancelado totalmente este crédito no devuelva y destruya todos los documentos suministrados. De igual manera autorizo a la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, a descontar la totalidad de cuota monetaria mensual que recibo por subsidio familiar, por el tiempo que fuese necesario hasta cubrir el total de las obligaciones que tenga con la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, incluyendo gastos legales e intereses corrientes y por mora. Igualmente autorizo a la empresa en que laboro a descontar del salario que devengo el valor de mis obligaciones con la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, en los montos que esa entidad le reporte a la empresa en que trabajo, en el caso de incurrir en mora en el pago de mis obligaciones.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre del deudor solidario

\_\_\_\_\_  
Firma del deudor solidario

\_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge