



1. INFORMACIÓN DEUDOR

1° Apellido _____ 2° Apellido _____ 1° Nombre _____ 2° Nombre _____
 Documento de identidad N° _____ Dirección Residencia _____
 Barrio _____ Teléfono _____ Municipio _____ Departamento _____
 Celular _____ Correo electrónico _____
 Nombre de la empresa _____ Dirección, Bloque y Oficina _____
 Actividad de la empresa _____ Municipio _____ Departamento _____
 Barrio _____ Teléfono _____ Cargo _____ Tipo de Contrato _____

Monto Solicitado \$ _____ Plazo _____
 Destino: Vivienda Comercial Consumo Línea (Espacio reservado para la Cooperativa) _____
 Forma de pago: Nómina Ahorros Caja Periodicidad en los pagos: Quincenal Mensual Pago único
 Pago con primas: Si No Número de primas _____ Valor de las primas _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL DEUDOR

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Salarios	\$	Arrendamiento	\$
Honorarios y Comisiones	\$	Cuotas Préstamos Bancarios	\$
Otros Ingresos Permanentes	\$	Gastos Familiares	\$
		Otros Egresos	\$
TOTAL INGRESOS	\$	TOTAL EGRESOS	\$
Descripción otros Ingresos			

3. BIENES RAÍCES DEL DEUDOR

Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	
Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	

4. VEHÍCULOS DEL DEUDOR

Marca	Modelo	Placa	Prenda a favor de	Valor deuda	Valor comercial

Otros bienes (Inversiones en títulos acciones participación en sociedades, etc.)

Tipo	Valor comercial	Tipo	Valor comercial

5. GARANTÍAS OFRECIDAS DEL DEUDOR

Codeudor
 Prendaria Descripción _____ Valor \$ _____
 Hipotecaria Descripción _____ Valor \$ _____

6. REFERENCIAS DEL DEUDOR

COMERCIAL	Entidad _____	Ciudad y telefono _____
FINANCIERA	Entidad _____	Ciudad y teléfono _____
PERSONALES	Nombre _____	Ciudad y telefono _____
	Nombre _____	Ciudad y teléfono _____
FAMILIARES (Que no vivan con usted)	Nombre _____	Ciudad y telefono _____
	Nombre _____	Ciudad y telefono _____

7. INFORMACIÓN DEL CODEUDOR

1° Apellido _____ 2° Apellido _____ 1° Nombre _____ 2° Nombre _____

Documento de identidad N° _____ Dirección Residencia _____

Barrio _____ Teléfono _____ Municipio _____ Departamento _____

Celular _____ Correo electrónico _____

Nombre de la empresa _____ Dirección, Bloque y Oficina _____

Actividad de la empresa _____ Municipio _____ Departamento _____

Barrio _____ Teléfono _____ Cargo _____ Tipo de Contrato _____

8. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CODEUDOR

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Salarios	\$ _____	Arrendamiento	\$ _____
Honorarios y Comisiones	\$ _____	Cuotas Préstamos Bancarios	\$ _____
Otros Ingresos Permanentes	\$ _____	Gastos Familiares	\$ _____
		Otros Egresos	\$ _____
TOTAL INGRESOS	\$ _____	TOTAL EGRESOS	\$ _____
Descripción otros Ingresos _____			

9. BIENES RAÍCES DEL CODEUDOR

Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	
Tipo de propiedad	Matricula	Dirección del bien	Municipio
Hipoteca a favor de	Valor comercial \$	Saldo deuda \$	

10. VEHÍCULOS DEL CODEUDOR

Marca	Modelo	Placa	Prenda a favor de	Valor deuda	Valor comercial

Otros bienes (Inversiones en títulos acciones participación en sociedades, etc.)

Tipo	Valor comercial	Tipo	Valor comercial

11. REFERENCIAS DEL CODEUDOR

COMERCIAL	Entidad _____	Ciudad y teléfono _____
FINANCIERA	Entidad _____	Ciudad y teléfono _____
PERSONALES	Nombre _____	Ciudad y telefono _____
	Nombre _____	Ciudad y telefono _____
FAMILIARES (Que no vivan con usted)	Nombre _____	Ciudad y telefono _____
	Nombre _____	Ciudad y telefono _____

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEL DEUDOR

Favor contestar en la casilla respectiva si presenta actualmente o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

- | | | | |
|---|---|-------------------------------|---|
| 1. Afecciones o disfunciones cardiovasculares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 7. Alcoholismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Afecciones cerebrovasculares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Tabaquismo / Drogadicción | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Hipertensión arterial | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Diabetes | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Enfermedades congénitas | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH positivo / SIDA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Enfermedades del colágeno | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. Intervención quirúrgica si o no | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. Hipertirodismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuál? ¿Cuáles? _____ | | 13. Hipotirodismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE CONTESTAR SI A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE

Así mismo, autorizo expresamente a cualquier institución médica que me haya atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por COOPRUDEA o la compañía aseguradora que ella asigne sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

AUTORIZACIONES

Autorizo a COOPRUDEA para debitar de mis depósitos de ahorro todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella. Así mismo, la autorizo para reportar, procesar, solicitar y divulgar a las Centrales de Riesgo o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos, toda la información referente a mi comportamiento y hábitos de crédito y en general el cumplimiento de obligaciones. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se refleje en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicita la entidad por cada producto o servicio que utilice.

Firma Deudor _____ Firma Codeudor _____

Huella Deudor

Huella Codeudor

RECIBIDO

Fecha		Hora	Firma
-------	--	------	-------