



Ciudad:  Fecha:

Valor Solicitado:  Plazo:  Modalidad:

**INFORMACIÓN DEL DEUDOR**

Nombre Completo:

C.C.:  de:  Cel:  Tel:

Sueldo:  E-mail:

Dirección:

**INFORMACIÓN PRIMER CODEUDOR**

Nombre Completo:

C.C.:  de:  Cel:  Tel:

Sueldo:  E-mail:

Dirección:

**INFORMACIÓN SEGUNDO CODEUDOR**

Nombre Completo:

C.C.:  de:  Cel:  Tel:

Sueldo:  E-mail:

Dirección:

**INFORMACIÓN PRESTA NOMINA**

Mediante esta solicitud autorizo al pagador para retener mensualmente el valor correspondiente al producto de financiación aprobado, más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarlos a Coomultrup, pudiendo el pagado modificar la fecha inicialmente establecida para la entrega de aquellos valores, según la negociación pactada con la Cooperativa. En caso de mi retiro de la Empresa, autorizo irrevocablemente al Pagador para retener de mis salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tenga derecho, el saldo que a la fecha adeude a la Cooperativa por el presente producto de financiación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante  
 C.C.  
 De:

Certifico como pagador que acepto descontar mensualmente el valor correspondiente al producto de financiación que la Cooperativa le concede al solicitante más los intereses, seguros y demás valores a su cargo y entregarlas a la Cooperativa en las fechas convenidas una vez realice los descuentos, previa la cuenta de cobro que le formula la Cooperativa.

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello de la empresa  
 C.C.  
 De

Valor del Crédito:  Cuotas  Valor Cuotas:

**INFORME INTERNO DE LA COOPERATIVA COMITÉ DE CRÉDITO**

Aprobado:  Aplazado:  No Aprobado:

Valor Aprobado:  Plazo:

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
 Presidente - Comité de Crédito

\_\_\_\_\_  
 Secretario - Comité de Crédito

\_\_\_\_\_  
 Vocal - Comité de Crédito

**DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS**

Declaro que el origen de los fondos que entrego para la apertura de Productos y Servicios de COOMULTRUP que estoy solicitando, proceden de actividades lícitas las cuales describo a continuación:

SALARIO:  PENSION:  OTROS:

no admitiré que terceros efectúen a mis cuentas con otros fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifiquen o adicione no efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

**AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y Y REPORTAR INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE RIESGO**

Autorizamos a COOMULTRUP, o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor en forma permanente e inenunciable para consultar, intercambiar, compartir, reportar o suministrar a cualquier operador de información financiera, todo lo referente al comportamiento de las obligaciones contraídas o las que llegare a contraer con la cooperativa, los saldos que a su favor resulten de todas las operaciones de crédito, financieras y crediticias, que bajo cualquier modalidad me hubiesen otorgado o me otorguen en el futuro. La autorización comprende la información presente, pasada y futura referente al manejo, estado y cumplimiento de las obligaciones, contratos y servicios con los sectores real y financiero.

Lo anterior implica que la información reportada permanecerá en la base de datos durante el tiempo que la misma ley establezca, de acuerdo con el momento y las condiciones en que se efectuó el pago de las obligaciones.

BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO QUE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y QUE AUTORIZO SU VERIFICACIÓN SIN LIMITACIÓN NINGUNA, MIENTRAS SUBSISTA A RELACIÓN COMERCIAL CON COOMULTRUP O CON QUIEN REPRESENTA SUS DERECHOS, PARA TAL EFECTO SUMINISTRO Y DECLARO MI CORREO ELECTRONICO

Firma del solicitante  
C.C.  
De:

Nombre y Apellido del Solicitante  
C.C.  
De:

Firma del Primer Codeudor  
C.C.  
De:

Nombre y Apellido del Primer Codeudor  
C.C.  
De:

Firma del Segundo Codeudor  
C.C.  
De:

Nombre y Apellido del Segundo Codeudor  
C.C.  
De:

**PARA USO EXCLUSIVO DE COOMULTRUP**

Referencia y Datos confirmados por:   
El día:  A las:   
Información Suministrada Por:

Consulta a las Centrales de Información:  
CIFIN de la asociación Bancaria:  A fecha   
La persona consultada presenta información comercial positiva.  
Si:  No:

Firma

Consultado por:   
Firma:   
Observaciones: