



COOPTEBOY O.C
ORGANIZACIÓN COOPERATIVA COOPTEBOY
P.J. 0962 DIC/76 DANCOOP - NIT 891.800.881- 8
VIGILADO POR LA SUPERSOLIDARIA

SOLICITUD DE CREDITO

FECHA

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

DATOS DEL CREDITO

ORDINARIO ☐ EXTRAORDINARIO ☐ RECREACIÓN ☐ CUPO RAPIDO ☐
CONVENIO ☐ SOLIDARIDAD ☐ EDUCATIVO ☐ 90% APORTES ☐
MONTO \$ _____ Plazo en meses FORMA DE PAGO DESCUENTO MENSUAL \$ _____
DESCUENTO SEMESTRAL \$ _____

DATOS PERSONALES DEUDOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	CEDULA	CODIGO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO				
ESTADO CIVIL CASADO ☐ UNION LIBRE ☐ SOLTERO ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐		N° Hijos		
Tipo de vivienda que habita: ☐ PROPIA ☐ ARRENDADA ☐ PARIENTES ☐ AMIGOS		ESTRATO DE VIVIENDA Años de vivir en: Vivienda Ciudad		TELÉFONO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CELULAR	TELÉFONO	FAX
		E-MAIL	CIUDAD	

INFORMACIÓN ACADEMICA

Nivel Academico ☐ Primaria ☐ Tecnico ☐ Título Obtenido _____ Oficio _____
☐ Secundaria ☐ Universitario Otros _____

INFORMACIÓN LABORAL / FINANCIERA

Nombre de la empresa donde labora o actividad a la que se dedica:		Cargo que desempeña	Teléfono	Ciudad
Ingresos Mensuales \$	Ingresos por Prima \$	Otros Ingresos \$ _____ Proviene de _____	Egresos Mensuales \$	Cuotas Creditos: \$
Total Activos: \$	Total Pasivos: \$	Disponibilidad Mensual:	Disponibilidad Semestral:	
TOTAL CREDITOS COOPTEBOY ORDINARIO _____ EDUCATIVO _____ EXTRAORDINARIO _____ CUPO RAPIDO _____ SOLIDARIDAD _____ OTOS _____		TOTAL APORTES	CAPACIDAD ENDEUDAMIENTO CUPO DISPONIBLE	CAPACIDAD DE PAGO

DATOS GENERALES CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	CEDULA
ACTIVIDAD LABORAL PRINCIPAL ☐ ASALARIADO ☐ INDEPENDIENTE ☐ PENSIONADO ☐ AMA DE CASA ☐ ESTUDIANTE ☐ OTRO _____		Nombre de la empresa donde labora o actividad independiente:	Cargo que desempeña
		Teléfono:	Ciudad:

DATOS PERSONALES CODEUDOR

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	CEDULA	CODIGO
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO				
ESTADO CIVIL CASADO ☐ UNION LIBRE ☐ SOLTERO ☐ VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐		N° Hijos		
Tipo de vivienda que habita: ☐ PROPIA ☐ ARRENDADA ☐ PARIENTES ☐ AMIGOS		ESTRATO DE VIVIENDA Años de vivir en: Vivienda Ciudad		TELÉFONO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		CELULAR	TELÉFONO	FAX
		E-MAIL	CIUDAD	

INFORMACIÓN LABORAL / FINANCIERA (CODEUDOR)

Nombre de la empresa donde labora o actividad a la que se dedica:		Cargo que desempeña	Teléfono	Ciudad
Ingresos mensuales \$	Ingresos por Prima \$	Otros Ingresos \$ _____ Proviene de _____	Egresos Mensuales \$	Cuotas Creditos: \$
Total Activos: \$	Total Pasivos: \$	Total Creditos Coopteboy:	Total Aportes:	

Uso Exclusivo COOPTEBOY

AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTES A CENTRALES DE RIESGO

Lea cuidadosamente la siguiente clausula y pregunte lo que no comprenda

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a (la entidad), o quien sea en el futuro el acreedor del crédito solicitado, para: a) Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. b) Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa. c) Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la Superintendencia Bancaria o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que estas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a dichas centrales. d) Conservar, tanto en (la entidad) como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el período necesario señalado en sus reglamentos la información indicada en los literales b) y e) de esta cláusula. e) Suministrar a las centrales de información de riesgo datos relativos a mis solicitudes de créditos así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos. f) Reportar a la centrales der riesgo mi comportamiento relativo al pago de las tarifas de servicios públicos y demás deberes constitucionales y legales. Reportar a las autoridades tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

La autorización anterior no me impedirá ejercer mi derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir su rectificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberara a las centrales de información de la obligación de indicarme, cuando yo lo pida quién, consultó mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición.

La autorización anterior no permite a (la entidad) y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero, a evaluar los riesgos de concederme un crédito; segundo, verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales; tercero a elaborar estadísticas y derivar median-te modelos matemáticos conclusiones de ellas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de este cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

HUELLA	HUELLA
FIRMA Y CEDULA DEUDOR	FIRMA Y CEDULA CODEUDOR

1. Ha padecido o padece de alguna enfermedad, o afección, lesión o incapacidad relacionada con lo siguiente: Trastornos renales, cardiovasculares o tensión arterial alta o derrames cerebrales, cáncer, leucemia o diabetes. Si su respuesta es afirmativa, señale la afección o enfermedad y fecha de su diagnóstico.	Si ☐ No ☐
2. Según su leal saber y entender, conoce de la existencia de cualquier otra enfermedad, trastorno, estado patológico o afección distinta a las mencionadas anteriormente ?.En caso afirmativo cuál?_____	Si ☐ No ☐
3. Tiene alguna anomalía física o deformidad congénita de cualquier índole?_____	Si ☐ No ☐
4. Solo para Mujeres. Se encuentra en estado de embarazo o sufre de algún trastorno ginecológico. En caso afirmativo número de semanas de gestación o el trastorno ginecológico que sufre. _____	Si ☐ No ☐
5. Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado o extraprimado solicitud de Seguro de Vida o Accidentes Personales?. En caso afirmativo suministrar detalles. _____	Si ☐ No ☐
6. Práctica algún deporte de los considerados de alto riesgo, por ejemplo: Paracaidismo, Motociclismo, Montañismo, Alas Delta, Aviación no Comercial, Ultraivianos, Automovilismo, etc.?_____	Si ☐ No ☐
7. Las actividades a las que se dedica son lícitas y las a ejercido dentro de los marcos legales?_____	Si ☐ No ☐
8. Ha sido o es objeto de amenazas en contra de su vida o libertad?_____	Si ☐ No ☐

Al firmar la presente solicitud, manifiesto que todas las respuestas son exactas, completas y verídicas. Declaro que en el evento que sea aprobada la solicitud, cualquier omisión, inexactitud o reticencia en la información suministrada de acuerdo a lo previsto en los artículos 1058 y 1161 del Código de Comercio. Que los documentos anexos son reales y ciertos y que autorizo a COOPTEBOY O.C, a consultar y verificar la información en el evento que ésta varíe, como asociado me comprometo a conocer, entender, aceptar y cumplir con los estatutos por los cuales se rige la entidad.	HUELLA FIRMA Y CEDULA DEUDOR
--	--

USO EXCLUSIVO COOPTEBOY
VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS Y ANEXOS

OBSERVACIONES		
CALIFICACIÓN	FIRMA FUNCIONARIO	REPORTE CENTRALES DE RIESGO
REVISIÓN DOCUMENTACIÓN	APROBO	REVISO



COOPTEBOY O.C.

ORGANIZACIÓN COOPERATIVA COOPTEBOY
P.J. 0962 DIC/76 DANSOCIAL - NIT. 891.800.881 - 8
VIGILADO POR LA SUPERSOLIDARIA

PAGARE CRÉDITO

Tipo Crédito: _____

1. VALOR DEL CRÉDITO: \$ _____ EN LETRAS _____

2. LUGAR PARA EL PAGO DEL CRÉDITO: _____ FECHA DEL CRÉDITO: _____

Nosotros mayores de edad y vecinos de este Municipio, legalmente capaces, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, domiciliados en _____, nos declaramos deudores solidarios, obligándonos a pagar incondicionalmente a la orden de COOPTEBOY O.C., o a quien ella indique, en la ciudad de _____, la suma de dinero mencionada en el numeral 1 (valor del crédito) del encabezamiento de este documento, con sus intereses remuneratorios del _____ % nominal anual, pagaderos por períodos _____ vencidos y adicionalmente unos gastos de administración del crédito a la tasa del _____ % por período, liquidados por solo una vez sobre el monto total de la obligación, pagaderos con idéntica periodicidad a la anotada y los cuales, de conformidad con la Ley, son intereses remunerados, en _____ () cuotas sucesivas de \$ _____ cada una, la primera de las cuales deberá ser cubierta el día _____ mes _____ año _____ y así sucesivamente y abonos extraordinarios en las siguientes fechas y cuantías:

Día	Mes	Año	Cuantía	Día	Mes	Año	Cuantía

En caso de mora en el pago de una o más cuotas, producirá de hecho la extinción del plazo concedido y COOPTEBOY O.C. podrá exigir el pago total del saldo de la obligación contenida en el presente pagaré con sus respectivos intereses, los cuales se estipulan a la tasa máxima legal permitida, así como los costos y gastos que demande su cobro judicial o extrajudicial.

Así mismo COOPTEBOY O.C. podrá declarar insubsistentes los plazos de esta obligación de las cuotas que constituyen el saldo y exigimos su pago inmediato judicial o extrajudicialmente, en los siguientes casos:

- Cuando incumplamos cualquiera de las obligaciones adquiridas en virtud de este documento o por los contentivos de las garantías otorgadas a favor de COOPTEBOY O.C. en respaldo del crédito instrumentado en este pagaré o de cualquier otro a nuestro cargo.
- Cuando no suministremos la Información financiera requerida por COOPTEBOY O.C.
- Cuando seamos perseguidos judicialmente por cualquier acción, por COOPTEBOY O.C. o por un tercero, que afecte nuestras condiciones económicas o financieras representando un riesgo adicional a COOPTEBOY O.C.
- Cuando cualquiera de los suscritos sea admitido en un proceso concursal o haya sido declarado en quiebra.
- Por muerte de cualquiera de los suscriptores o porque cualquiera de ellos, en tratándose de personas jurídicas incurra en alguna de las causales de disolución establecidas en la Ley o en los Estatutos.

Como deudores de COOPTEBOY O.C. autorizamos voluntaria e irrevocablemente para que en el momento en el que se incumplan los plazos fijados en este pagaré, los derechos y en sí los valores que existan a nuestro favor sean abonados a la presente obligación para, con estas sumas, completar el valor adeudado. "Los Aportes Sociales de los asociados quedarán directamente afectados desde su origen a favor de la Cooperativa como garantía de las obligaciones que contraigan con ella" (Art 49 Ley 79/88). No obstante, de acuerdo a las normas. Los Aportes Sociales podrán aplicarse en parte o en todo a las obligaciones únicamente en caso de pérdida de la calidad de Asociado. Así mismo los deudores autorizamos al pagador de la empresa o fondo de cesantías y pensiones al que estemos vinculados contractualmente para que descuente y retenga las sumas a las que tenemos derecho en este momento como trabajadores o pensionados, de conformidad con el artículo 142 de la Ley 79/88 y demás normas concordantes. Igualmente declaramos excusado el protesto y autorizamos cualquier endoso o cesión de este título por parte de COOPTEBOY O.C. Los impuestos que llegare a generar la legalización de este documento, correrán a nuestro cargo. En constancia se firma en _____ a los _____ () días del mes _____ de _____ () .

Deudor Firma		Codeudor Firma	
Nombre		Nombre	
C.C.		C.C.	

Deudor		Codeudor	
Firma		Firma	
Nombre		Nombre	
C.C.		C.C.	
Dirección		Dirección	
Teléfono		Teléfono	

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD



SUSCRIBIR PÓLIZAS DE NEGOCIOS

No. PÓLIZA MATRIZ A QUE ACCEDE _____

NUEVA VINCULACIÓN ☐

ACTUALIZACIÓN O MODIFICACIÓN ☐

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO* D/M/A		CIUDAD*		SUCURSAL	
NOMBRE DEL TOMADOR*			NIT*		NOMBRE SOLICITANTE*
SEXO* M ☐ F ☐	DOCUMENTO DE IDENTIDAD* C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.			FECHA NACIMIENTO* D/M/A	ESTADO CIVIL* SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐
OCUPACIÓN*		TELÉFONO		DIRECCIÓN	
CIUDAD DE RESIDENCIA		CORREO ELECTRÓNICO			
		PESO (Kg)*	ESTATURA (Mts)*	* DIESTRO ☐	ZURDO ☐ AMBIDIESTRO ☐
DEPORTES QUE PRACTICA				CLASE DE SOLICITANTE* PRINCIPAL ☐ RELACIONADO ☐	

NOTA: Tener presente que solicitante principal es aquel que tiene relación directa con el tomador (Ej. Empleado, deudor, afiliado), mientras que el solicitante relacionado es un familiar del solicitante principal (Ej. Cónyuge, hijos, padres)

Los Items identificados con (*) deben diligenciarse obligatoriamente

EN EL ÚLTIMO AÑO		EXPLIQUE SUS CAUSAS				
AUMENTÓ DE PESO ☐	DISMINUYÓ DE PESO ☐					
FUMA	AÑOS QUE LLEVA FUMANDO	No. DE CIGARRILLOS DIARIOS	BEBE ALCOHOL	FRECUENCIA	CANTIDAD	TIPO DE BEBIDA
SI ☐ NO ☐			SI ☐ NO ☐			
HA ESTADO EN TRATAMIENTO DE ALCOHOLISMO		EN CASO AFIRMATIVO ESCRIBA LOS DETALLES				
SI ☐ NO ☐						
AFILIADO AL SISTEMA DE SEGURIDAD EN SALUD		NOMBRE DE LA IPS DONDE LO ATIENDEN		NOMBRE DE LA EPS, ARS O SIMILAR		
SI ☐ NO ☐						

HISTORIA MÉDICA

HA SUFRIDO O SUFRE EN LA ACTUALIDAD DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O LESIONES

ENFERMEDAD	SI	NO
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN - PRESIÓN ARTERIAL		
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - ASMA - TUBERCULOSIS		
ENFERMEDADES DIGESTIVAS		
ENFERMEDADES GENITOURINARIAS		
ENFERMEDADES MÚSCULO ESQUELÉTICAS - REUMATISMO - ARTRITIS		
ENFERMEDADES NERVIOSAS O MENTALES		
ENFERMEDADES DE LOS OJOS - OÍDOS - NARIZ - GARGANTA		
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR		
VIH/SIDA		

ENFERMEDAD	SI	NO
BOCIO - DIABETES - SOBREPESOS		
CÁNCER U OTROS TUMORES		
ENFERMEDADES VENÉREAS		
PARÁLISIS		
DEFORMIDADES O MALFORMACIONES		
ACCIDENTES O LESIONES GRAVES		
DROGADICCIÓN		
OTRAS		

SI MARCÓ AFIRMATIVAMENTE ALGUNA PREGUNTA DE LA HISTORIA MÉDICA, DETALLAR EN FORMA COMPLETA:

LESIÓN O ENFERMEDAD	FECHA DEL DIAGNÓSTICO D/M/A	DETALLE

PREGUNTAS MÉDICAS

¿HA ESTADO INCAPACITADO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LAS CAUSAS?

SI ☐ NO ☐

¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, DECLARE FECHAS, CENTRO ASISTENCIAL Y CIRUGÍAS?

SI ☐ NO ☐

¿PIENSA SOMETERSE A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL FUTURO, INDIQUE CUAL(ES) Y LA FECHA?

SI ☐ NO ☐

¿ALGUNA COMPAÑÍA LE HA DECLINADO, APLAZADO O EXTRAPRIMADO SOLICITUD O PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES O SALUD?

SI ☐ NO ☐

¿ESTÁ SOLICITANDO OTRO SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES PERSONALES O SALUD EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA?

SI ☐ NO ☐ SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE CUAL(ES)

SI ☐ NO ☐ ¿SE LE HA DIAGNOSTICADO O REALIZADO EXÁMENES PARA EL SIDA, INDIQUE EL RESULTADO?

SI EL SOLICITANTE ES MUJER RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

	SI	NO
ESTÁ EMBARAZADA		
LE HAN PRACTICADO CESÁREA		
HA TENIDO PARTOS PREMATUROS		
HA TENIDO ALGÚN ABORTO		
DESDE ENTONCES SUS PARTOS HAN SIDO NORMALES		

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE CUANTO TIEMPO DE EMBARAZO TIENE.

EN LOS CASOS AFIRMATIVOS POR FAVOR EXPLICAR

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Por medio de la presente designo como beneficiarios del seguro citado, a las siguientes personas:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	Nº. DOCUMENTO	TIPO DOC. *	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN (100%)	DIRECCIÓN Y CIUDAD DE RESIDENCIA (Opcional)
		TI			
		TI			
		TI			
		TI			
		TI			
		TI			

ESTA DESIGNACIÓN SÓLO SERÁ VÁLIDA; SI LA MISMA HA SIDO RADICADA EN ORIGINAL EN ALGUNA DE LAS ÁREAS DE TALENTO HUMANO DE LA ENTIDAD QUE FIGURA COMO TOMADORA DE LA PÓLIZA A NIVEL NACIONAL, PREVIO A LA OCURRENCIA DE SINIESTRO Y/O AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. DE NO HABERSE RADICADO, EL ASEGURADO EXPRESAMENTE MANIFIESTA QUE SUS BENEFICIARIOS SERÁN LOS SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL C. DE CIO.

En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades descritas, se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

De otra parte y en desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados. De igual forma autorizo compartir con las entidades del sector financiero y asegurador toda nuestra información personal que reposa en sus archivos.

LA PREVISORA S.A. se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales si lo estima conveniente, así como declinar o extraprimar esta solicitud conforme a sus políticas de suscripción.

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, la cual se encuentra acorde con lo consagrado en la Constitución Política, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. En especial para los fines del futuro contrato de seguros que se suscriba. Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA

Autorizo a Previsora Seguros, para el manejo de mi información acorde con la Política de Tratamiento de Información definida por la Compañía, donde he sido informado por la aseguradora de lo siguiente:

Que recolectará, usará y tratará mis datos para todo lo relacionado con los aspectos contractuales y comerciales del contrato de seguros, tales como: mi posible vinculación como asegurado, liquidación y pago de siniestros, elaboración de estudios técnico actuariales; estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios de la técnica aseguradora; envió de información u ofertas comerciales; reportes a terceros tales como: registro único de asegurados RUS y personas jurídicas que administren bases de datos, las autoridades públicas que en ejercicio de su competencia y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular denuncia, demanda, convocatoria a arbitraje, queja o reclamación; compañías Coaseguradoras, reaseguradoras, ajustadores, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, contratistas de la aseguradora para el manejo de información o de siniestros, entre otros.

Qué es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad.

Que mis derechos son los previstos en la Constitución y la ley, en particular los consignados en la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, especialmente los de conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información, los cuales puedo ejercer observando los procesos de consultas y reclamos contenidos en la Política de Tratamiento de Información (PTI) de Previsora Seguros; Que La PREVISORA S.A. posee una Política de Tratamiento de Información, en la que se establecen los mecanismos necesarios para que ejerza sus derechos, consagrados en el artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley 1.581 de 2012 y el Decreto 1.377 de 2013. Los datos de contacto del Responsable del Tratamiento son: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, Dirección: Calle 57 # 9 - 07 en Bogotá, correo electrónico contáctenos@previsora.gov.co, Teléfono 3487555."

EN CONSTANCIA SE FIRMA EN LA CIUDAD Y FECHA ARRIBA INDICADAS

FIRMA DEL SOLICITANTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

HUELLA



ORGANIZACIÓN COOPERATIVA
COOPTEBOY O.C.

P.J. 0962 DIC / 76 DANCOOP - NIT 891.800.881 -8

LIBRANZA

A favor de la Organización Cooperativa "COOPTEBOY O.C."

Libranza No. _____

Ciudad y Fecha: _____ Modalidad de Crédito: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Código: _____ Cédula de Ciudadanía: _____ de: _____

Autorizo al señor pagador de la empresa: _____

para que en la nomina se me descuente la suma de: _____

(\$ _____) en cuotas de \$ _____ MONEDA LEGAL, mensuales, por tiempo de _____

meses y _____ primas o mesadas pensionales por la suma de: _____

(\$ _____) MONEDA LEGAL, y se entregue a COOPTEBOY O.C.

En el evento que por cualquier circunstancia la Empresa o Entidad responsable no me efectuó el descuento, me comprometo a cancelarlo personalmente dentro de los (3) días siguientes del mismo, y si no lo hiciere autorizo a la cooperativa para que me descuente además los intereses de mora establecidos en el reglamento de crédito vigente. **Este descuento se hará a partir del mes de _____ de 20 _____.**

En caso de Retiro por cualquier causa de la Empresa, autorizo que con cargo a mi liquidación final, Bonificaciones, Indemnizaciones y cualquier otra remuneración o prestación legal o extra legal a que tenga derecho, retenga y entreguen a COOPTEBOY O.C. sumas hasta por el saldo pendiente de los créditos a mi cargo. La presente autorización tiene carácter irrevocable y no puede modificarse ni suspenderse sin autorización expresa y escrita de COOPTEBOY O.C. dirigida a ustedes.

Además pignoro a COOPTEBOY O.C. el valor de mis Aportes Sociales.

El Asociado da como Codeudor(es) mancomunado (s) a: _____

_____ quien (es) acepta(n) las mismas condiciones del Crédito

Nombre del Asociado Codeudor: _____ Firma: _____

Cédula de Ciudadanía N°. _____ de: _____ Código: _____

Dir. para correspondencia: _____ Tel: _____ Ciudad: _____

Nombre del Deudor: _____ Firma: _____

Cédula de Ciudadanía N°. _____ de _____ Código: _____

Dir. para correspondencia: _____ Tel: _____ Ciudad: _____

Espacio Oficina Pagadora

Disponibilidad mensual: (\$ _____)

Disponibilidad Primas: (\$ _____) Funcionario Certificador _____

Disponibilidad Otros: (\$ _____) Fecha: _____ Firma: _____

