

REFERENCIAS PERSONALES

Nombres

Apellidos

Dirección

Barrio Residencia

Teléfono fijo o celular

Ciudad

Nombres

Apellidos

Dirección

Barrio Residencia

Teléfono fijo o celular

Ciudad

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombres

Apellidos

Parentesco

Dirección

Barrio Residencia

Teléfono fijo o celular

Ciudad

Nombres

Apellidos

Parentesco

Dirección

Barrio Residencia

Teléfono fijo o celular

Ciudad

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Para efectos del crédito que solicito, declaro que gozo de buena salud, que no padezco ni he padecido de ninguna enfermedad infectocontagiosa, degenerativa o crónica de carácter cardíaco, celular, dermatológico, digestivo, endocrino, genético, genital, hematológico, hático, hereditario, inmunológico, linfático, músculo-esquelético, neurológico, psiquiátrico, pulmonar, renal, urológico, vascular, HIV, sida, hipertensión arterial, cáncer, tumores, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado, no sufro ni he sufrido de adicciones o vicios que pueden incidir sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos ni intervenciones quirúrgicas relacionadas con las enfermedades anteriormente mencionadas.

NOTA: En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades mencionadas u otras diferentes, escriba la información correspondiente.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Autorizo expresamente a cualquier persona natural o jurídica (MÉDICO, EPS, IPS, ETC.) que me hayan prestado atención médica, par que suministren copia de mi historia clínica solicitada por la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SIGLO XX identificada con el Nit. 891.900.541-8 sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SIGLO XX para verificar la información consignada en la presente solicitud y obtener el sistema financiero o de entidades asimiladas, reseña sobre mi comportamiento comercial y que dicha información pueda ser utilizada para efectos de la evaluación del riesgo crediticio, igualmente para reportar, suministrar y actualizar datos relacionados con el manejo del crédito que aquí se le solicita, sometiéndome a los tiempos de permanencia establecidos por las normas legales vigentes para las centrales de información o Banco de datos.

AUTORIZACION ESPECIAL

Autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SIGLO XX para que de conformidad a lo establecido en el artículo 142 y siguientes de la Ley de 1988, se descuente por nómina de mi salario y prestaciones sociales, cualquiera que sea la denominación de éstas, los valores comprendidos en el crédito de esta solicitud, así mismo en caso de retiro de la empresa donde laboro a esta fecha, autorizo para que el valor de la liquidación final de mis prestaciones sociales y otros que pudiesen corresponderme, se descuenten del monto del saldo que adeude a la COOPERATIVA SIGLO XX al momento de la cesación de mi vínculo laboral.

ENCUESTA DEUDOR LEY 2300

En cumplimiento con lo establecido en la ley 2300 del 10 de julio de 2023, autorizo a CoopSigloXX a contactarme por medio de los siguientes canales para el proceso de cobranza y/o brindar informacion sobre los productos y servicios que ofrece la cooperativa:

Marque con una X el(los) canal(es) por los cuales desea ser contactado:

Telefónicamente (Mensajes de Texto, Llamadas, Whatsapp)

Correo Electrónico

Envío de Cartas y Correspondencia a mi dirección de residencia

Todos los canales

Para constancia se firma en Tulúa a los _____ () días del mes de _____ del 20_____.

FIRMA Y CC.

Huella Índice

Derecho

AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO

Autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SIGLO XX, que del monto del crédito aprobado, descuente los valores requeridos para:

* Recoger crédito con la entidad

* Fecha de vencimiento de cada cuota: El

de cada mes.

* Póliza de seguro

Igualmente que el excedente a desembolsar me sea entregado en la siguiente modalidad

1, PERSONALIZADA

2. GIRO:

3, CONSIGNACIÓN

4. TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA:

BANCO:

TIPO DE CUENTA

NÚMERO DE CUENTA:

Certifico que soy el titular de la cuenta, la cual se encuentra activa y con el saldo suficiente para la realización del desembolso.
Bajo gravedad de juramento, manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su confirmación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública sin limitación alguna desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con la COOPERATIVA SIGLO XX y me comprometo a actualizar la información y/o documentación cada vez que el producto lo amerite. Igualmente autorizo el envío de notificaciones a la dirección de residencia, número telefónico y/o correo electrónico aquí registrado.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo la presente solicitud de crédito.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

Huella

(Índice Derecho)

RADICADO POR:

Nombres y Apellidos del empleado que recibe la documentación.

VIGILADO

Supersolidaria

INSCRITO

fogocooop

Sección de Atención al Cliente

Atención al Cliente / Cobro y Pagos

SEGURO PARA SU AHORRO

www.fogocooop.gov.co