

Solicitante <input type="checkbox"/>	Codeudor <input type="checkbox"/>	Valor solicitado \$	Plazo (en meses)	No. Radicado
Si su solicitud de crédito es pignoración subsidio familiar diligencie la información de los beneficiarios a pignorar:				
No. documento	Nombres y apellidos (Beneficiario)	Fecha de nacimiento	Parentesco	
1.		D D M M A A A A		
2.		D D M M A A A A		
3.		D D M M A A A A		

Información del solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre(s)		
Tipo documento identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	No. Documento identificación	Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	No. Personas a cargo	
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Correo electrónico personal			
Nivel de estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico o tecnológico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	Teléfono residencia	Teléfono celular		
Dirección residencia	Barrio	Comuna/Estrato		
Tipo de vivienda Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Valor arriendo \$	Ciudad/Municipio	Departamento		
Ocupación/Oficio	Cargo actual	Ejecutivo Directivo <input type="checkbox"/> Gerente-Jefe Técnico <input type="checkbox"/> Auxiliar Otros <input type="checkbox"/>	Especifique:	
Tipo de contrato Indefinido <input type="checkbox"/> Carrera Administrativa <input type="checkbox"/>	Termino fijo Provisional <input type="checkbox"/>	Obra Labor CTA <input type="checkbox"/>	Libre nombramiento y remoción <input type="checkbox"/>	
Realiza transacciones en moneda extranjera Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Es funcionario público Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Persona públicamente expuesta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Administra recursos públicos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Datos del cónyuge o compañero permanente solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres		
Tipo documento identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	No. Documento identificación	Empresa donde labora	Cargo	Fecha de ingreso D M M A A A
Sueldo	Dirección empresa	Teléfono fijo	Celular	
Actividad económica independiente Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de actividad	Ingreso promedio	Tiempo en actividad	

Información financiera

Ingresos mensuales (cifras en pesos)		Egresos mensuales (cifras en pesos)	
Sueldo	\$	Descuentos por nómina	\$
Otros ingresos	\$	Gastos sostenimiento	\$
		Arrendamiento	\$
		Gastos financieros	\$
		Otros	\$
Total ingresos mensuales	\$	Total egresos mensuales	\$
Total activos	\$	Total pasivos	\$

Bienes inmuebles (casa-apartamento-otros)

Tipo inmueble	Ciudad/Barrio	Dirección	Valor comercial

Vehículos

Tipo vehículo	Tipo de servicio público/particular	Marca	Placa	Modelo

Referencias

Familiar		
Nombres y apellidos	Teléfono contacto	Celular
Personal (Que no viva con usted)		
Nombres y apellidos	Teléfono contacto	Celular

Forma de desembolso

Forma de desembolso deseada (Si es más de una especificar en observaciones). **Para abono en cuenta, el solicitante debe ser el titular.**

Abono en mi tarjeta COMFANORTE

Abono en mi cuenta No. _____ Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Nombre de la entidad financiera _____

Refinanciación Giro para cancelación del saldo de crédito No. _____ que actualmente tengo con COMFANORTE.

Observaciones: _____

Declaración voluntaria de origen de fondos

De conformidad con las leyes colombianas, así como normas internacionales aplicables frente al origen y destino de los recursos monetarios, declaro: 1. Que el origen de los dineros depositados en mi cuenta y demás operaciones que tramito a través de (COMFANORTE), provienen de las fuentes indicadas en el campo señalado como "Ocupación / Oficio" del presente formulario. 2. Que los recursos entregados o utilizados en las operaciones con (COMFANORTE) no provienen de ninguna actividad ilícita de conformidad con la Ley colombiana. 3. No permitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas y demás productos contratados con (COMFANORTE) con fondos o recursos provenientes directa o indirectamente de actividades ilícitas de conformidad con las leyes y demás normas vigentes. 4. No efectuare transacciones destinadas a actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas. 5. Eximo a (COMFANORTE) de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado y ratifico que cualquier falsedad, inexactitud o error en la información suministrada, así como el incumplimiento a cualquiera de mis obligaciones de conformidad con este documento, dará derecho a (COMFANORTE) a terminar unilateralmente, y sin que haya lugar a indemnización alguna a mi favor, todos los contratos que haya celebrado con dicha entidad. 6. De acuerdo con lo anterior, como consecuencia de la terminación unilateral anteriormente señalada, autorizo a (COMFANORTE) a saldar cualquier depósito, cuenta y/o cualquier otro producto contratado. 7. Informaré inmediatamente de cualquier circunstancia que modifique la presente declaración. 8. Mi ocupación económica no se relaciona con la actividad profesional de compra o venta de divisas y que el origen de mis recursos proviene del desarrollo conforme a lo señalado en el campo que indica "Ocupación / Oficio" del presente formulario. 9. Toda la información suministrada en este documento es cierta.

DECLARACIÓN FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act, o Ley de cumplimiento tributario de las cuentas extranjeras)

Atendiendo lo señalado por la Ley 1666 de 2013 por medio de la cual se aprueba el "ACUERDO ENTRE EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA" y teniendo en cuenta que Colombia fue incluida por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos dentro de la lista de países que tienen un IGA (Acuerdo Intergubernamental) sustancialmente negociado.

Solicitamos diligenciar la siguiente información:

1. Usted es de nacionalidad colombiana y he permanecido más de 183 días en el último año, o 122 días durante los últimos 3 años, dentro del territorio de los Estados Unidos.
Sí No_
2. Usted Mantiene algún tipo de contrato con entidades estadounidenses o recibo cualquier ingreso cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos. Sí No_
3. Usted es residente de los Estados Unidos. Sí No_
4. Usted es una persona con nacionalidad estadounidense. Sí No_

Autorización de consulta y reporte en centrales de riesgo

Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a (COMFANORTE) a: i) Reportar, divulgar y procesar, ante las Centrales de Información Financiera y de Entidades Financieras y/o cualquier otra entidad, en Colombia o en el exterior, que administre bases de datos con fines análogos a los de ésta última toda la información relacionada con las obligaciones que he contraído con (COMFANORTE) y específicamente el incumplimiento y/o mora de las obligaciones contraídas. ii) Solicitar y consultar, con fines estadísticos de control, de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento y/o mora de obligaciones que se encuentre disponible en la y/o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior. iii) Consultar y verificar con terceros toda la información que he suministrado a (COMFANORTE), lo cual incluye, sin limitarse a: referencias comerciales, personales y laborales, información financiera y derechos reales.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgo podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.

Información crédito

Declaro tener conocimiento que la garantía otorgada será un pagare desmaterializado el cual es un título valor de contenido crediticio, creado en forma electrónica en virtud de la Ley 527 de 1999, y que contiene una promesa incondicional de pagar una suma de dinero por parte de quien lo suscribe, en favor de determinada persona, en un determinado tiempo, cuya circulación se realizará mediante la anotación en cuenta. El pagaré desmaterializado tiene los mismos efectos y fuerza obligatoria que tiene el documento físico. Conozco y acepto que por la firma (ya sea en documento físico o digital) de tales documentos COMFANORTE no contrae obligación alguna para el otorgamiento del crédito y que el pagaré en blanco junto con la carta de instrucciones es una garantía para el pago de la obligación y que una vez se cumpla el pago total de la obligación, pierde toda funcionalidad. Acepto que los términos y obligaciones del crédito tendrán plena validez, solamente si el mismo es aprobado por (COMFANORTE). En caso de ser aprobado el crédito solicitado, autorizo a (COMFANORTE) para realizar el desembolso, según información registrada en el presente formulario y en caso de algún saldo a favor resultante de las operaciones en curso, sea abonado a mi tarjeta COMFANORTE. Igualmente en caso de ser aprobado el crédito solicitado autorizo que me sea descontado del valor del desembolso, las sumas correspondientes a estudio de crédito e intereses anticipados (si es el caso). Autorizo a COMFANORTE para proceder con la destrucción de los siguientes documentos: desprendibles, fotocopias de documentos de identificación, certificaciones laborales y aquellos que sean entregados para efectos del análisis de viabilidad, los cuales serán destruidos de forma controlada en caso de no ser aprobada la solicitud y/o no acercarse a recoger los soportes anteriormente mencionados en un plazo no superior a tres (3) días hábiles después de la radicación.

De igual forma, autorizo a COMFANORTE realizar la destrucción de los documentos físicos, Pagaré, Carta de instrucciones, Libranza y otros soportes una vez cancelado en su totalidad el crédito relacionado con estos soportes.

Para el producto cupo rotativo

Manifiesto que acepto el valor del cupo Rotativo aprobado por COMFANORTE y el plazo que se asigne al mismo según lo establecido en la carta de aprobación entregada por COMFANORTE, declaro tener conocimiento del reglamento de cupo Rotativo que puedo obtener en la página www.COMFANORTE.com, el cual acojo en su totalidad y acepto. De igual forma, autorizo a COMFANORTE, el envío del reglamento y la carta de aprobación del crédito a través de los medios que establezca para tal fin."

Autorización tratamiento de datos personales

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER - COMFANORTE a dar tratamiento de mis datos personales aquí consignados, incluyendo el consentimiento explícito para tratar datos sensibles aun conociendo la posibilidad de oponerme a ello, para que sean consultados, cedidos, verificados, reportados a centrales de riesgo, transmitidos y/o transferidos nacional e internacionalmente, usados para contactarme, enviarme información comercial y ejecutar actividades precontractuales, contractuales o post-contractuales y en general para ser tratados conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información publicada en www.comfanorte.com.co y/o AVENIDA 1 CALLE 9 # 0-95 ESQUINA, que declaro conocer y estar informado que en ella se presentan los derechos que me asisten como titular y los canales de atención donde ejercerlos.

Los campos o espacios deben ser completamente diligenciados. La recepción de este formulario no implica compromiso para COMFANORTE de la aprobación del crédito, en caso de ser aprobado es indispensable que la empresa autorice el descuento por nómina.

Nombre																			
No. de documento																			
Fecha	<table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	D	D	M	M	A	A	A	A									Firma	Impresión dactilar
D	D	M	M	A	A	A	A												

Autorización empleador (si el empleador lo requiere)	Firma	Cargo	Cupo del deudor
Nombre			

Espacio reservado para COMFANORTE

Especifique nombre de línea de crédito	Identificación vendedor	Nombre de quien recibió documentación	Fecha	Hora
			D D M M A A A A	a.m. <input type="checkbox"/> p.m. <input type="checkbox"/>
Observaciones:				