



**NOTA:**  
**UNA VEZ DILIGENCIADA LA SOLICITUD, DEVOLVERLA A COOPTRAISS CON LOS DOCUMENTOS COMPLETOS.**  
**Si anexa fotocopias deben venir debidamente autenticadas o en su defecto presentar originales y fotocopia para autenticar en el momento de la radicación.**

AGENCIA		CIUDAD		FECHA	D	M	A	No. RADICACIÓN	
PRODUCTOS O SERVICIOS SOLICITADOS									
VEHÍCULO	COMPRA <input type="checkbox"/>	HIPOTECARIO	COMPRA <input type="checkbox"/>	ABONO GRAVAMEN <input type="checkbox"/>	CONCILIACIÓN GRAVAMEN <input type="checkbox"/>	TIPO DE HIPOTECA	ABIERTA <input type="checkbox"/>	GRADO DE HIPOTECA	PRIMERO <input type="checkbox"/>
	DESIGNACIÓN <input type="checkbox"/>		CONSTRUCCIÓN <input type="checkbox"/>	TERMINACIÓN <input type="checkbox"/>	AMPLIACIÓN <input type="checkbox"/>		ADQUISICIÓN LOTE <input type="checkbox"/>		CERRADA <input type="checkbox"/>
PLAZO EN DÍAS			CUPO DISPONIBLE		VALOR SOLICITADO				
LÍNEAS DE CRÉDITO QUE DESCONTAR									

**INFORMACIÓN BÁSICA**

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS				CÉDULA DE CIUDADANÍA N°.		FECHA DE NACIMIENTO	D	M	A
EDAD	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			VIVIENDA: PROPIA <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input type="checkbox"/>				
DIRECCIÓN RESIDENCIA		CIUDAD	BARRIO	TELÉFONO		CELULAR			
DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA			BARRIO	A.A.	E-MAIL				

**DATOS LABORALES**

SITIO DE TRABAJO		DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	TELÉFONO
PROFESIÓN	OCUPACIÓN O CARGO ACTUAL		TIEMPO DE SERVICIO	

**INFORME DEL INMUEBLE OFRECIDO EN GARANTÍA**

DIRECCIÓN	CIUDAD
BARRIO O URBANIZACIÓN	MATRÍCULA INMOBILIARIA

**BALANCE GENERAL**

ACTIVOS	BIENES RAÍCES CASA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/>			VEHÍCULOS			
	Ciudad: _____ No. Matrícula Inm.: _____ Valor comercial: \$ _____ Hipoteca Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Marca: _____ Placa: _____ Modelo: _____ Valor: \$ _____ Pignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
PASIVOS	CRÉDITOS CON OTRAS ENTIDADES			INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
	Nombre Entidad			Ing. Laborales \$ _____		Gastos familiares \$ _____	
	Saldo Obligación			Arriendos \$ _____		Vivienda \$ _____	
	Teléfono			Otros \$ _____		Vehículo \$ _____	
CUOTAS MENSUALES			TOTAL \$ _____		Arriendo \$ _____		
Consumo \$ _____ Hipotecario \$ _____					Otros \$ _____		
Vehículo \$ _____					TOTAL \$ _____		
Tarjeta Crédito \$ _____							

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA COOPTRAISS**

NOMBRE DE AGENTE				FIRMA DEL AGENTE	
COMITÉ DE CRÉDITO	CRÉDITO	VALOR	ACTA N°.	FECHA	FIRMA JURÍDICO
	APROBADO				
	RECONSIDERADO				
CRÉDITO	NEGADO				FIRMA PRESIDENTE COMITÉ DE CRÉDITO
	ANTICIPO				
	ANTICIPO TOTAL AUTORIZADO				
NÚMERO DE CUOTAS				FIRMA JEFE DE CRÉDITO	

## REFERENCIAS

<b>PERSONALES</b>	Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
	Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
<b>FINANCIERAS</b>	Entidad _____	<input type="checkbox"/> Cta. Cte. No. _____ <input type="checkbox"/> Cta. Aho. No. _____	Oficina _____
	Entidad _____	<input type="checkbox"/> Cta. Cte. No. _____ <input type="checkbox"/> Cta. Aho. No. _____	Oficina _____

## FORMATO DE DESEMBOLSO

<b>CONSIGNACIÓN EN CUENTA</b>	TITULAR _____	No. CUENTA _____	AHORRO <input type="checkbox"/>
			CORRIENTE <input type="checkbox"/>
	ENTIDAD FINANCIERA _____	VALOR A CONSIGNAR \$ _____	
	CHEQUE	BENEFICIARIO _____	No. OBLIGACIÓN _____ NIT. _____ VALOR A GIRAR \$ _____
	BENEFICIARIO _____	No. OBLIGACIÓN _____ NIT. _____ VALOR A GIRAR \$ _____	

## AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo debitar de la cuenta arriba indicada, los fondos necesarios para cancelar los créditos "débito automático avance consumo" otorgados por COOPTRAISS; el valor a debitar deberá ser acreditado en el Banco Colpatria, cuenta corriente número 2026039079 a nombre de COOPTRAISS, de acuerdo con el cronograma de pago indicado por COOPTRAISS.

Como titular de la cuenta me obligo a tener los fondos suficientes y disponibles para cubrir el pago electrónico de la obligación adquirida.

Asumo como no pagada una cuota cuando no existan fondos suficientes para atender el pago correspondiente y eximo a ustedes de cualquier responsabilidad por las consecuencias frente al beneficiario por esta razón. En caso que existiese algún motivo por el cual ustedes no puedan debitar a la cuenta de la referencia, los autorizo para informar al beneficiario por cualquier medio, la causal invocada.

El costo de la primera barrida, lo asumiré la Cooperativa, dado el caso, cuando haya lugar a una segunda barrida al no encontrar fondos suficientes, este costo será debitado automáticamente de quien se está efectuando el pago; la tarifa dependerá según el banco.

La presente tiene vigencia mientras no les comunique instrucciones en contrario.

Cordialmente,

Nombre \_\_\_\_\_

No. Cédula \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (como está en la cuenta autorizada).

## XIV. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS (Circular 014 de 2000 Dec. 633 de 1998)

Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Y provienen de las actividades que cito a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo a COOPTRAISS saldar mis cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de las obligaciones señaladas en los numerales anteriores de este documento, así como la información aquí solicitada, eximiendo de toda responsabilidad derivada de estos hechos.

## AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y VENTA A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo a COOPTRAISS o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar y divulgar a la Central de Información del sector financiero CIFIN que administra la Asociación Bancaria y de Entidad Financiera de Colombia DATA CREDITO, o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos, en donde se consigna de manera completa todos los datos referentes a mi actual o pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.

Acepto que los registros permanezcan por los términos previos en las respectivas centrales de riesgo.

La consecuencia de esta autorización será la consulta e incluso de mis datos financieros en la Central de Información del Sector Financiero CIFIN, DATA CREDITO y demás entidades que manejan este tipo de información, por lo tanto, las entidades del Sector Financiero afiliadas a dichas centrales conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones financieras.

\_\_\_\_\_  
C.C.

\_\_\_\_\_  
C.C.

\_\_\_\_\_  
C.C.



### AUTORIZACIÓN DESCUENTOS POR NÓMINA PARA EMPLEADOS

Señores  
**INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES Y/O**  
E.S.E. \_\_\_\_\_  
L.C. \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con la cédula de ciudadanía  
número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y número de afiliación \_\_\_\_\_,

en mi calidad de trabajador, autorizo expresamente al área de Recursos Humanos o a quien haga sus veces del I.S.S. y/o E.S.E. para que previa verificación de la capacidad de endeudamiento, sea descontado mensualmente de mi salario, primas, del anticipo cuando disfrute vacaciones, incapacidades, bonificaciones etc, la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensualmente durante la vigencia del crédito recibido de la COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - COOPTRAISS.

\_\_\_\_\_  
C.C. No. FIRMA

#### ESPACIO EXCLUSIVO DEL SEGURO SOCIAL

DESCUENTO MENSUAL PARA LA COOPERATIVA	CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO MENSUAL	FIRMA Y SELLO AUTORIZADO I.S.S. Y/O E.S.E.	FECHA RECIBIDO I.S.S Y/O E.S.E.		
\$ _____	\$ _____	_____	D	M	A
			D	M	A

**Nota:** En el evento que esta autorización presente enmendaduras carece de validez.

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CREDITO FORMA ADN-2REV-XI-98

### AUTORIZACIÓN DESCUENTOS POR NÓMINA PARA JUBILADOS

Señores  
**INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES Y/O**  
L.C. \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ identificado(a) con la cédula de ciudadanía  
número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y número de afiliación \_\_\_\_\_,

en mi calidad de pensionado autorizo expresamente al Seguro para que previa verificación de la capacidad de endeudamiento, descuento mensualmente de mi pensión, incluidas las mesadas de junio y diciembre la suma de \$ \_\_\_\_\_ mensual durante la vigencia del crédito recibido de la COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - COOPTRAISS.

\_\_\_\_\_  
C.C. No. FIRMA

#### ESPACIO EXCLUSIVO DEL SEGURO SOCIAL

DESCUENTO MENSUAL PARA LA COOPERATIVA	CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO MENSUAL	FIRMA Y SELLO AUTORIZADO I.S.S. Y/O E.S.E.	FECHA RECIBIDO I.S.S Y/O E.S.E.		
\$ _____	\$ _____	_____	D	M	A
			D	M	A

**Nota:** En el evento que esta autorización presente enmendaduras carece de validez.

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CREDITO FORMA ADN-2REV-XI-98

