



SOLICITUD DE CREDITO PERSONAL

DATOS DEL DEUDOR

No. _____

ACOMI

Cantidad Solicitada \$ _____ Plazo: _____ meses Cuota Mensual: \$ _____

Objeto del Préstamo: _____ Garantía: _____

DATOS GENERALES

Nombre(s): _____ Apellido(s): _____	
Estado Civil: _____	Edad: _____ años Profesión u Oficio: _____
DUI No. _____	NIT: _____ Nacionalidad: _____
Dirección Completa: _____	
_____ Municipio: _____	Departamento: _____
Correo Electronico: _____ Teléfono: () _____ Celular: () _____	
Residencia: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar Dueño de la casa en la que vive _____	
Tiempo de Habitarla _____ No. Dependientes: _____	
Nombre del Cónyuge: _____ Lugar de Trabajo del Cónyuge: _____	
Tel. _____ Ingresos del Cónyuge: \$ _____	

DATOS LABORALES

Lugar de Trabajo: _____ Dirección del Trabajo: _____	
Tiempo de Laborar: _____ Cargo: _____	
Jefe Inmediato: _____	Teléfono: () _____
Empleo Anterior: _____	Tiempo Laborado: _____ Teléfono: () _____
¿Trabaja por su cuenta? <input type="checkbox"/> Dirección de su Negocio: _____	
_____ Tipo de Negocio: _____ Teléfono: () _____	
Tiempo de Establecido: _____ Capital Actual: \$ _____	

SITUACION FINANCIERA

INGRESOS	EGRESOS
Sueldo Mensual..... \$ _____	Estimación Gastos de Vida \$ _____
Comisiones..... \$ _____	Alquiler de Vivienda..... \$ _____
Horas Extras..... \$ _____	Pago de Préstamos..... \$ _____
Otros Ingresos..... \$ _____	Otros Gastos..... \$ _____
Total Ingresos Mensuales: \$ _____	Total Egresos Mensuales:..... \$ _____

Fuente de Otros Ingresos: _____

SALDO DE DEUDAS DE:

Préstamos Personales: \$ _____	Tarjetas: _____	Préstamo de Vivienda: \$ _____
BIENES: Vehículo Marca: _____ Año: _____ Placa: _____		
PROPIEDADES: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural Valor: \$ _____ Dirección: _____		
_____ Hipotecada a favor de: _____		

REFERENCIAS PERSONALES:

Nombre: _____	Dirección: _____
_____	Teléfono de Casa: _____ Tel. Oficina: _____
Nombre: _____	Dirección: _____
_____	Teléfono de Casa: _____ Tel. Oficina: _____

REFERENCIAS FAMILIARES:

Nombre: _____	Parentesco: _____
Dirección: _____	Tel. de Casa: _____ Tel. Oficina: _____
Nombre: _____	Parentesco: _____
Dirección: _____	Tel. de Casa: _____ Tel. Oficina: _____

_____ F. _____

Lugar y Fecha
Firma del Solicitante
Como se lee la Firma



INFORME SOBRE CODEUDOR SOLIDARIO

¿Es usted Asociado o ha sido fiador? Si No No. _____

ACOMI

He leído la solicitud del Sr. (a)(ita): _____ Por: \$ _____

Y por medio de la presente hago constar mi consentimiento a firmar como **CODEUDOR SOLIDARIO**.

DATOS GENERALES

Nombre(s): _____	Apellido(s): _____
Estado Civil: _____	Edad: _____ años
Profesión u Oficio: _____	
DUI No. _____	NIT: _____
Nacionalidad: _____	
Dirección Completa: _____	
_____	Municipio: _____
Departamento: _____	
Correo Electronico: _____	Teléfono: () _____
Celular: () _____	
Residencia: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Financiada <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar	Dueño de la casa en la que vive _____
Tiempo de Habitarla _____	
No. Dependientes: _____	
Nombre del Cónyuge: _____	Lugar de Trabajo del Cónyuge: _____
Tel. _____	
Ingresos del Cónyuge: \$ _____	

DATOS LABORALES

Lugar de Trabajo: _____	Dirección del Trabajo: _____
_____	Tiempo de Laborar: _____
Cargo: _____	
Jefe Inmediato: _____	Teléfono: () _____
Empleo Anterior: _____	Tiempo Laborado: _____
Teléfono: () _____	
¿Trabaja por su cuenta? <input type="checkbox"/>	Dirección de su Negocio: _____

Tipo de Negocio: _____	
Teléfono: () _____	
Tiempo de Establecido: _____	Capital Actual: \$ _____

SITUACION FINANCIERA

INGRESOS		EGRESOS	
Sueldo Mensual.....	\$ _____	Estimación Gastos de Vida	\$ _____
Comisiones.....	\$ _____	Alquiler de Vivienda.....	\$ _____
Horas Extras.....	\$ _____	Pago de Préstamos.....	\$ _____
Otros Ingresos.....	\$ _____	Otros Gastos.....	\$ _____
Total Ingresos Mensuales:	\$ _____	Total Egresos Mensuales:.....	\$ _____

Fuente de Otros Ingresos: _____

SALDO DE DEUDAS DE:

Préstamos Personales: \$ _____	Tarjetas: _____	Préstamo de Vivienda: \$ _____
BIENES: Vehículo Marca: _____	Año: _____	Placa: _____
PROPIEDADES: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Valor: \$ _____	Dirección: _____

Hipotecada a favor de: _____		

REFERENCIAS PERSONALES:

Nombre: _____	Dirección: _____
_____	Teléfono de Casa: _____
Tel. Oficina: _____	
Nombre: _____	Dirección: _____
_____	Teléfono de Casa: _____
Tel. Oficina: _____	

REFERENCIAS FAMILIARES:

Nombre: _____	Parentesco: _____
Dirección: _____	Tel. de Casa: _____
Tel. Oficina: _____	
Nombre: _____	Parentesco: _____
Dirección: _____	Tel. de Casa: _____
Tel. Oficina: _____	

¿Cuanto tiempo tiene de conocer al solicitante? _____

¿Es su Familiar? _____ ¿Que parentesco tiene? _____

F.

Lugar y Fecha

Firma del Deudor

Como se lee la Firma



ACOMI DE R.L.

ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO MIGUELEÑA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
NIT: 1217-290572-001-0

DESIGNACION DE NOTARIO

Señores:

ACOMI DE R.L.

Presente. -

Restables señores del Comité de Crédito:

Yo: _____, mayor de edad, de profesión _____ del domicilio de

_____ con **DUI #** _____ y

NIT # _____, Por este medio **DECLARO:** Que

en apego a las disposiciones legales expresadas en el art. **230** de la Ley de Bancos y del art. **19** Literal **d**) y **20** literal **a**) ambos de la Ley de Protección al Consumidor, es mi Voluntad Designar y Contratar de manera libre los servicios profesionales del (de la) Notario (a) :

_____ autorizando para que elabore **Documento de Mutuo Simple Autenticado**, relacionado con mi solicitud de préstamo que gestiono en esta Asociación Cooperativa, así como también cualquier otro documento o instrumento que se requiera en **ACOMI DE R.L.-**

Para los efectos legales consiguientes, dejo constancia que no he sido objeto de imposición directa o indirectamente, de parte de **Directivos y/o Empleados** de esta Asociación Cooperativa, para designar al Notario arriba mencionado. -

En **CONSECUENCIA:** Expresamente libero y exonero a **ACOMI DE R.L.**, y a las personas antes mencionadas de toda responsabilidad derivada de las disposiciones legales expresadas en la presente designación de Notario. -

Lugar, _____, _____ de _____ de 201_____

Firma: _____



ACOMI DE R.L.

ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO MIGUELEÑA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
NIT: 1217-290572-001-0

**AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN
DE PRIMERA CUOTA CREDITICIA**

Señores:

ACOMI DE R.L.

Presente. -

Restables señores del Comité de Crédito:

Yo: _____, mayor
de edad, de profesión _____ del domicilio de
_____ Con **DUI #** _____ y
NIT # _____.-

AUTORIZACION:

Por este medio y en mi carácter de Asociado, Autorizo voluntariamente a **ACOMI DE R.L.**, para que del crédito que me sea otorgado descuenta la cantidad que me corresponde en concepto de Primera Cuota, facultándola para que la aplique a mi crédito treinta días posteriores al otorgamiento. -

Para los efectos legales consiguientes, por medio de la presente dejo constancia:

- 1.-) Que esta autorización la realizo voluntariamente y lo hago con el único propósito de que me crédito no refleje mora. -
- 2.-) Que libero y exonero a Empleados, Directivos y a la Cooperativa **ACOMI DE R.L.**, de toda responsabilidad derivada de la presente autorización. -

Lugar, _____, _____ de _____ de 201 _____

Firma: _____

Asociado # _____.-



ACOMI DE R.L.

ASOCIACIÓN COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO MIGUELEÑA DE RESPONSABILIDAD LIMITADA
NIT: 1217-290572-001-0

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y RECOPIRAR (COMPARTIR)
INFORMACION PERSONAL Y CREDITICIA

YO, _____
AUTORIZO a la Asociación Cooperativa de Ahorro y Crédito Migueleña de Responsabilidad Limitada, que se abrevia **ACOMI DE R.L.**, para que **consulte, investigue y verifique** información personal y crediticia para análisis presentes y futuros sobre mi historial crediticio, con entidades especializadas en la prestación de servicios de información relacionada con la situación e historial crediticio, en adelante “Buro de Crédito”.

Así también, para que **recopile, transmita y comparta** mi información crediticia y personal entre el Buró de Crédito y los agentes económicos.

Además, autorizo a **ACOMI DE R.L.**, para que **reporte, transmita y comparta** mis datos crediticios y personales al Buró de Crédito, a fin de que éstos pasen a formar parte de mi historial crediticio en las bases de datos del mismo.

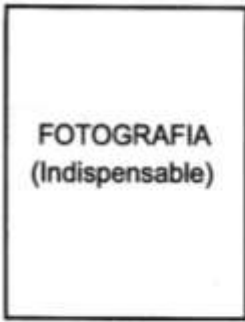
Doy mi consentimiento para que **ACOMI DE R.L.**, pueda **adicionar, modificar y/o actualizar**, cualquier información personal y crediticia proporcionado por mi persona o no, incluyendo los de esta solicitud y cualquier otra información que **ACOMI DE R.L.**, requiera en un futuro respecto a mi historial crediticio y mi persona, para los usos que estime conveniente, siempre de conformidad a la ley pertinente en la materia.

Lugar, _____, _____ de _____ de 201_____

FIRMA: _____

DUI: _____

NIT: _____



Asociación Cooperativa de Ahorro y Crédito Miguelena de Responsabilidad Limitada SOLICITUD DE ADMISION

Nombre _____ 1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____

Edad _____ N° de NIT _____ N° de DUI _____

DUI Extendido en: _____ Fecha de Extensión: _____

Estado Civil: _____ Nombre de Espos(a) _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Tel.: _____ Dirección para correspondencia: _____

_____ Municipio: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____ 19____ Nacionalidad _____ Ocupación _____

Sitio donde Trabaja _____ Dirección de Trabajo _____ Teléfono _____

Tiempo de Servicio _____ US \$ _____ Sueldo Mensual o Quincenal _____ US \$ _____ Otros ingresos _____

Número de personas que dependen de mí, económicamente Nombre y Firma de Asociados que lo presentan: _____ N° _____

_____ N° _____

Por la presente solicito se me admita como Asociado de la Asociación Cooperativa de Ahorro y Crédito Miguelena de Responsabilidad Limitada; sujeto a lo dispuesto en los Estatutos de la Cooperativa y las enmiendas que se le hagan.

ME COMPROMETO A:

- 1.- Conocer y cumplir dichos documentos.
- 2.- Cubrir cuanto antes por lo menos el valor de 10 Certificados de Aportación de \$_____ c/u y continuar adquiriendo Mensualmente un certificado, para no ser declarado inhábil.
- 3.- Pagar una cuota de Admisión de \$_____
- 4.- Aportar por lo menos la cantidad de \$_____ cada _____

5.- ME COMPROMETO A NO RETIRAR BAJO CUALQUIER CIRCUNSTANCIA MIS CERTIFICADOS DE APORTACION POR GARANTIA CREDITICIA. (COMO DEUDOR O FIADOR)

En caso de muerte designo a los siguientes beneficiarios para que les entreguen mis aportaciones en esta Cooperativa y en caso de cuentas de ahorro lo haré constar en el contrato respectivo.

Nombre del Beneficiario	Dirección	Parentesco	% del Beneficio
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

ACOMI

OFICINA CENTRAL
 AGENCIA USULUTAN
 AGENCIA MERCADOS
 AGENCIA SANTA ROSA DE LIMA

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

Fecha _____ de 200____ Charla Recibida: _____
 Impartida por: _____

Tengo cuenta en Banco y saldo a la fecha US \$ _____ De Ahorro Plazo Fijo

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Dirección	Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

¿ Por qué quiere ingresar a la Asociación Cooperativa ?

¿ Desde que tiempo conoce el Movimiento Cooperativo ?

En caso de solicitar Préstamo ¿ Qué clase de garantía ofrece ?

Hipotecaria

Fiduciaría

Nombre de posibles fiadores

Lugar donde trabaja

1. _____	_____
2. _____	_____

Su cónyuge trabaja en: _____

Teléfono N° _____

<u>Nombre de los Hijos:</u>	<u>Centro de Estudios</u>	<u>Grado o Curso</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En reunión celebrada por el CONSEJO DE ADMINISTRACION el _____ de 200_____

APROBAMOS DENEGAMOS _____ ESTA SOLICITUD

(F) _____
Presidente Consejo de Administración

(F) _____
Secretario Consejo de Administración

1. A SER COMPLETADO POR LA ENTIDAD FINANCIERA

De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. _____ de Seguro Colectivo de Deuda emitida a nombre de _____, se ruega inscribir como asegurado a _____ con fecha de otorgamiento _____ de _____ de 201____.

<input type="text"/>	1. MONTO DEL PRÉSTAMO INICIAL	<input type="text"/>	4. MONTO DEL PRÉSTAMO NUEVO	<input type="text"/>	7. PLAZO (ÚNICAMENTE SI COMPLETÓ LOS PUNTOS 5 Y 6)
<input type="text"/>	2. PLAZO	<input type="text"/>	5. EN CASO DE SER REFINANCIAMIENTO FAVOR INDIQUE EL MONTO TOTAL SOLICITADO	<input type="text"/>	8. INTERÉS (ÚNICAMENTE SI COMPLETÓ LOS PUNTOS 5 Y 6)
<input type="text"/>	3. INTERÉS	<input type="text"/>	6. MONTO TOTAL A ASEGURAR		

2. DATOS A SER COMPLETADOS POR EL SOLICITANTE

DATOS GENERALES

En relación con la presente Solicitud, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado para este fin proporciono los siguientes datos:

Nombre Completo				Sexo	F	M
DUI o Pasaporte						
Lugar de nacimiento				Departamento		
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	Edad (años)		
Ocupación	Estado civil			Estatura	Peso	
Dirección de residencia						
Empresa donde labora						
Cargo				Fecha de ingreso		
Dirección de trabajo						

*El Acreedor es el único Beneficiario Irrevocable para la presente contratación y únicamente en caso de existir remanentes, estos deben ser entregados a los beneficiarios contingentes designados.

Designo como mis beneficiarios contingentes a:

BENEFICIARIOS	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	% DISTRIBUCIÓN
BENEFICIARIO IRREVOCABLE (ACREEDOR)*			
BENEFICIARIO CONTINGENTE			
BENEFICIARIO CONTINGENTE			

DECLARACIÓN DE SALUD DE SALUD*

*Se incluye cuestionario adicional para solicitantes del sexo femenino

1. ¿Padece o ha padecido de algunas de las siguientes enfermedades o síntomas? (Favor contestar SI o NO). Si su respuesta es afirmativa favor completar la pregunta número 3

	SI	NO		SI	NO
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad en la respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos crónica o asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la vejiga y órganos genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades del hígado o la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se ha realizado alguna prueba para investigar SIDA?	SÍ	NO	Resultados
¿Tiene algún defecto auditivo?	SÍ	NO	Especifique
¿Tiene algún defecto de la vista?	SÍ	NO	Especifique
¿Ha sufrido algún accidente?	SÍ	NO	Especifique

Médico Familiar	Tel.	Celular	Email		
Fecha de última consulta	Motivo de consulta				
¿Ha estado en tratamiento con algún médico, hospital o clínica?			<table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>NO</td> </tr> </table>	SÍ	NO
SÍ	NO				
Si la respuesta para alguna de las dos preguntas que anteceden es afirmativa, indíquese:					
a) Fecha de padecimiento	b) Detalles del padecimiento y tratamiento				
c) Nombre del médico, hospital o clínica y la dirección					

CUESTIONARIO ÚNICAMENTE PARA MUJERES*

SÍ	NO	1. ¿Ha tenido enfermedades en los pechos, matriz u ovarios?	SÍ	NO	6. ¿Se ha efectuado examen de Papanicolaou?
SÍ	NO	2. ¿Está usted embarazada?	SÍ	NO	7. ¿Ha llegado a la menopausia?
SÍ	NO	3. ¿Ha tenido algún aborto, parto anormal o cesáreo?	SÍ	NO	8. ¿Ha sido esterilizada?
		4. ¿Cuántos hijos tiene?	SÍ	NO	9. ¿Ciclo menstrual irregular?
		5. Especifique la fecha de su último parto			

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, favor ampliar su respuesta indicando el número correspondiente:

3. AUTORIZACIONES Y ACEPTACIONES

- Convengo que la presente Solicitud y los datos proporcionados en ella, son parte y constituyen la base del contrato de seguro y acepto las Condiciones de la Póliza correspondiente. Declaro que los datos proporcionados son verdaderos y completos (con excepción de la declaración de edad, que siempre quedará sujeta a comprobación en los términos establecidos en la Póliza).
- Además convengo en que la Aseguradora tenga el derecho de: rebajar el importe del Seguro que he solicitado, someterme a examen médico, examen de laboratorio, rayos X, electrocardiograma o cualquier otro examen médico que dicha Aseguradora me indique; o bien, rechazar mi solicitud, no teniendo la Aseguradora obligación alguna de dar explicaciones en caso de que ejerza cualquiera de estos derechos.
- En caso de que el Seguro bajo esta Póliza exija contribuciones de parte de los asegurados, autorizo a mi patrono para hacer deducciones de mi sueldo para cubrir el importe de la prima de este Seguro en la forma estipulada, reservándome el derecho de revocar esta autorización mediante aviso escrito.
- Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución o persona que me haya asistido o reconocido, o que pudiera asistirme o reconocermme en el futuro, para revelar a ASSA Vida, S.A., Seguros de Personas, a su solicitud, cualquier dato o información que hubiere obtenido por este medio.

En testimonio de lo cual, firmo esta Solicitud, en la ciudad de _____ el día ___ de _____ de _____

Firma Asegurado _____

ENTIDAD FINANCIERA

Hago constar, en nombre del acreedor que los datos que anteceden referentes al crédito, son correctos y que las condiciones de asegurabilidad del prospecto son recomendables.

Fecha _____

Firma Acreedor _____

Sello _____