

FECHA DE LA SOLICITUD \_\_\_\_\_

RADICADO N°: \_\_\_\_\_

**INFORMACION BASICA**

NOMBRE COMPLETO _____		PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____
DOC. DE IDENTIFICACION _____	FECHA DE NACIMIENTO _____	LUGAR DE NACIMIENTO _____	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL _____	NIVEL DE EDUCACION _____	OCUPACION _____	PERSONAS A CARGO _____
			CORREO ELECTRONICO: _____

**DATOS DEL CONYUGUE**

 NOMBRE \_\_\_\_\_ TIPO DE IDENTIFICACION  C.C.  C.E. N° \_\_\_\_\_ ACTUALMENTE TRABAJA  SI  NO  
 EMPRESA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

**UBICACION**

DIRECCION DE RESIDENCIA _____	BARRIO _____	CIUDAD _____	DEPARTAMENTO _____	PAIS _____	ESTRATO _____
TELEFONO FIJO _____	TELEFONO CELULAR _____	TIPO DE VIVIENDA _____	VALOR ARRIENDO _____	TIEMPO EN RESIDENCIA ACTUAL: _____ MESES	ENVIO DE CORRESPONDENCIA: _____

**INFORMACION LABORAL**

ACTIVIDAD ECONOMICA <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> PENSIONADO	<b>EMPLEADO</b> EMPRESA _____ NIT _____ FECHA DE INGRESO _____ TELEFONO _____ TIPO DE CARGO _____	CONTRATO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> INDEFINIDO
SALARIO DEVENGADO \$ _____	DEDUCCIONES _____	SALARIO NETO \$ _____

**REFERENCIAS**

<b>FAMILIAR</b> NOMBRES Y APELLIDOS _____ PARENTESCO _____ N° CELULAR _____
<b>PERSONAL</b> NOMBRES Y APELLIDOS _____ N° FIJO _____ N° CELULAR _____

**INFORMACION ACTIVOS**

DETALLE BIEN	DIRECCION O PLACA	CIUDAD	VALOR COMERCIAL

**INFORMACION FINANCIERA**

Salario Devengado \$ _____	Gastos Hogar (Alimentación, Educación, Transporte, otros) \$ _____
Otros Ing. Laborales (Comisiones-Horas Extras) \$ _____	Arriendo y/o Cuota Vivienda \$ _____
Otros Ingresos (Arriendos, Otros) _____	Cuotas Bancos \$ _____
<b>TOTAL INGRESOS MENSUALES</b> _____	Otros Gastos \$ _____
*Descripción otros ingresos (Soportados) _____	<b>TOTAL GASTOS</b> \$ _____
DECLARA RENTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>TOTAL ACTIVOS</b> (Inmuebles, Vehículos, Maquinaria, etc.) \$ _____
	<b>TOTAL PASIVOS</b> (Deudas Bancos, Otras Deudas) \$ _____

**EXPERIENCIA FINANCIERA**

 CANTIDAD DE PRODUCTOS CON ENTIDADES FINANCIERAS SEGÚN EL TIPO  TARJETA CREDITO  CREDITO

**PRODUCTO SOLICITADO**

<b>CREDITO LIBRANZA</b>	<b>DESTINO CREDITO</b>	<b>PLAZO</b>
MONTO SOLICITADO \$ _____	<input type="checkbox"/> LIBRE INVERSION _____	_____

## AUTORIZACION DE DESEMBOLSO

AUTORIZO A POTENZA INVERSIONES SAS PARA QUE EL DINERO DEL PRESTAMO QUE SOLICITO, DE SER APROBADO SEA DESEMBOLSADO EN LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA, LA CUAL REGISTRO A MI NOMBRE

ENTIDAD FINANCIERA

TIPO DE CUENTA

CUENTA N°

\_\_\_\_\_

CUENTA AHORROS

CUENTA CORRIENTE

\_\_\_\_\_

## DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL DEUDOR

Formato Diligenciado

Fotocopia C.C.al 150%

Certificación Laboral

Ultimos 2 Desprendibles de Pago

## POLIZA DE SEGURO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

POTENZA INVERSIONES SAS

NIT: 900.618.586-2

### DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Me comprometo a adquirir con las compañías de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, pólizas de seguros de vida grupo deudores, que amparen los créditos que Potenza Inversiones SAS me otorgue, de acuerdo a las condiciones vigentes de la póliza contratada. Autorizo irrevocablemente a Potenza para cargar el valor de la prima de seguro, correspondiente al crédito de forma mensual dentro del pago mínimo facturado y/o la cuota mensual del crédito. Para efectos de la inclusión en el Seguro de Vida Grupo Deudores cuyo beneficiario oneroso es Potenza Inversiones SAS, declaro que mi estado de salud es normal, que no padezco, ni he padecido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrames cerebrales, cáncer, leucemia, trastornos inmunológicos, enfermedades del sistema respiratorio o padecimientos relacionados con SIDA; que en la actualidad no tengo pérdidas funcionales anatómicas ni he padecido accidentes que me impidan desempeñar labores propias de mi profesión; que mi ocupación está permitida por la ley, que no me dedico a actividades ilícitas y no ejerzo actividades de alto riesgo. Me someto al artículo 1158 del Código de Comercio. La Compañía de Seguros, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después del fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde al verdadero estado de salud u ocupación en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio). En cumplimiento de las previsiones de la Ley 23 de 1981, de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás Normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular aún después de mi fallecimiento a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital o cualquier persona, que me haya atendido, para que suministre la Compañía de Seguros, copia de la historia clínica o toda la información que ella considera necesaria, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación o cualquiera de los amparos del mismo. Así mismo faculto expresamente a la Compañía de Seguros, para consultar las bases de datos de seguros de personas reactivas a riesgo e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias, reclamaciones objeciones y las demás que permitan un conocimiento adecuado. Nota: Declaro que he leído y recibido las condiciones particulares del Seguro de Desempleo y acepto las condiciones de los demás seguros.

CERTIFICO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERAZ Y CONFIABLE, ME COMPROMETO A A ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION Y

DOCUMENTOS SUMINISTRADOS, Y QUE HABIENDO LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, LO FIRMO A LOS

\_\_\_\_\_ DIAS DEL MES DE \_\_\_\_\_

DEL AÑO \_\_\_\_\_ EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
FIRMA SOLICITANTE

NOMBRE \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA AVALISTA

NOMBRE \_\_\_\_\_

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