

Valor solicitado: \$ Plazo (meses) Fecha: D: M: AÑO: 202

Clase del préstamo: ☐ Ordinario ☐ Credifacil ☐ Educación ☐ Abono Extra ☐ Otros:

Cancela créditos anteriores Si ☐ No ☐ Conceptos

Datos Personales del SOLICITANTE ☐ o el CODEUDOR ☐

Nombres y apellido

Cedula de ciudadanía No. de Sexo: ☐ Edad: Estrato:

Vínculo con la cooperativa: ☐ Asociado activo ☐ Asociado Pensionado ☐ Especial ☐ Externo ☐ Otro

Salario actual: Nivel Educativo:

Otros ingresos: Nombre Empresa:

Egresos mensuales: Tipo contrato:

Activos: Dirección residencia:

Pasivos: Correo Electrónico:

Profesión u ocupación: Celular:

Favor Consignar en el Banco: Numero:

☐ Cuenta: Corriente ☐ Cuenta Ahorros ☐ Giro A tercero (anexar autorización)

Autorización descuento Nomina – Respaldo libranza

Esta solicitud no implica compromiso de **COOPTRAEXXON**. Y está sujeta a aprobación. Declaro que la información suministrada y los documentos que se anexan son totalmente ciertos. Autorizo irrevocablemente a COOPTRAEXXON y a quien represente sus derechos, para que por medio de información y/o registros sistematizados, consulte, reporte, procese y mantenga actualizados los datos referentes a mi comportamiento crediticio en atención a la obligación adquiridas bajo cualquier modalidad que se me hubieren otorgado o se me otorguen a futuro, lo cual incluye la facultad de reportar mi documento de identificación en cualquier base de datos de deudores morosos o centrales de riesgo.

En caso de ser aprobada esta solicitud, autorizo al pagador de irrevocablemente, descontar de mi salario, y/o sueldo, y/o pensión, y/o mesadas, y/o primas legales o extralegales, y/o vacaciones, y/o prestaciones sociales, la suma de \$ mensuales y hasta completar la suma de \$ a partir del mes de de 20 que adeudo a COOPTRAEXXON. En caso de mi retiro de la compañía, autorizo al pagador irrevocablemente para aplicar todo o parte del valor de mis prestaciones sociales, indemnización, y/o salario, y/o primas, y/o bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, bonos de retiro y cualquier otro pago que perciba por otro concepto a la cancelación del saldo que adeude a COOPTRAEXXON por mis obligaciones.

CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGOS

El Asociado Autoriza irrevocablemente a COOPTRAEXXON para que consulte y reporte el manejo de mis obligaciones con ésta y su endeudamiento a los archivos de deudores llevados por la Asociación Bancaria y entidades financieras de Colombia, o cualquier otra entidad que con el mismo fin se establezca en el futuro y que para que en caso de incumplimiento, incluya en los archivos de deudores morosos o con referencias negativas, llevados por dichas entidades, su nombre y su documento de identificación, la presente autorización se entiende renovada con cada utilización que el ASOCIADO haga de cualquiera de los productos reglamentados por la entidad. El ASOCIADO exonera de toda responsabilidad a COOPTRAEXXON y a la entidad propietaria del archivo en que se registre la información mencionada, de los perjuicios que pueda sufrir derivados de este registro.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a COOPTRAEXXON para que realice la consulta, recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los datos aquí consignados, los cuales serán utilizados para Contactarme de manera directa e indirecta, cuya finalidad será conocer información sobre sus productos y servicios tales como ventas, promociones, comercialización de seguros, estado de mis obligaciones, recepción de correspondencia, gestión de cobranza y demás servicios ofrecidos por COOPTRAEXXON. Con fundamento en lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 su reglamentario Decreto 1377 de 2013, le informamos que COOPTRAEXXON identificado con Nit. 860.016.322-7 domiciliado en la calle 93 No. 19B-66. Teléfonos 2366750 - 3123516288, es responsable y encargado del tratamiento y protección de datos personales aquí suministrados.

Firma Asociado o Codeudor

Documento controlado