



CIUDAD \_\_\_\_\_

FECHA

Día \_\_\_\_\_

Mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE CREDITO

FECHA ACT. FORMATO marzo 25

Esta solicitud debe ser escrita a máquina o con letra de imprenta, en forma clara y precisa.

### DATOS DEL CRÉDITO

Monto US\$:	Plazo en meses:	FORMA DE PAGO: Fin de Mes <input type="checkbox"/>	TIPO DE CREDITO		
		15 y 30 <input type="checkbox"/> Solo Quincena <input type="checkbox"/>	CONSUMO		EDUCATIVO
MOTIVO/DESTINO DEL CRÉDITO:			CONSUMO PLUS		MICROCREDITO
			EMERGENTE		VIVIENDA
En caso de ser novación indicar el/los numero de creditos:					
COD CREDITO:			VALOR:		

### DATOS DEL SOLICITANTE

#### DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Nombres:	
Nº identificación:	Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad:
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Unión Libre		Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Formación Técnica <input type="checkbox"/> Superior			
VIVIENDA: PROPIA	ALQUILADA	PROPIA CON HIPOTECA	VIVE CON PARIENTES	TIEMPO DE RESIDENCIA EN AÑOS:	

#### DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Dirección de Domicilio:			Celular:	OPERADORA
Barrio:	Calle principal y secundaria	información de referencia:		MOVISTAR <input type="checkbox"/>
				CLARO <input type="checkbox"/>
				OTROS <input type="checkbox"/>
Provincia/Estado:	Ciudad / Cantón:	Parroquia:	E-mail: información obligatoria para el seguro de desgravamen	

#### DATOS LABORALES

Relación dependencia laboral: <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Empleado	Cargo en la Empresa:	En caso de ser Administrador de Cs indicar la dirección	Años de Antigüedad en el trabajo: Menor a 2 años <input type="checkbox"/>
			Entre 2 y 5 años <input type="checkbox"/> Entre 5 y 10años <input type="checkbox"/> Mas de 10años <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE JEFE INMEDIATO			NUMERO DE CELULAR

#### REFERENCIA FAMILIAR/PERSONAL

Nombre de un pariente que no viva con Usted:	Parentesco:	Celular:	Dirección:
--	-------------	----------	------------

#### DATOS DEL CónyUGE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Nº identificación:	Celular:
-------------------	-------------------	----------	--------------------	----------

#### DETALLE DE INGRESOS Y GASTOS

INGRESOS	MONTO \$	EGRESOS	MONTO \$
Ingresos fijos SUELDO (sólo para dependientes)		Gastos Familiares (alimentos, estudios, etc.)	
Horas Extras		Prestamo IESS (Quirografario -Hipotecario)	
Fondo de Reserva (socios que no acumulan FR)		IESS - Aporte Personal	
Movilización (pagada por la empresa)		Servientrega Préstamos	
Bonificaciones (solo para dependientes)		Pensión Alimenticia	
Ventas (para independientes) (Transp. y Conseciones)		Gastos y Costos de Fletes	

#### ESTADO DE SITUACION PERSONAL

##### BALANCE GENERAL

ACTIVOS		PASIVOS	
Efectivo y Bancos	\$	Entidades Bancarias	\$
Bienes y Muebles	\$	Casas comerciales	\$
PATRIMONIO (Activo - Pasivo)	\$		

#### DATOS DEL GARANTE

##### DATOS PERSONALES

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		Nº Identificación
Codigo del Socio:	Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				Edad:
				Nº de Cargas:

##### DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Dirección:	Celular:
------------	----------

##### DATOS LABORALES

Relación dependencia laboral: <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Empleado	Cargo en la Empresa:	En caso de ser Administrador de Cs indicar la dirección	Años de Antigüedad en el trabajo: Menor a 2 años <input type="checkbox"/>
			Entre 2 y 5 años <input type="checkbox"/> Entre 5 y 10años <input type="checkbox"/> Mas de 10años <input type="checkbox"/>

**AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**AUTORIZACIÓN PARA TRANSFERENCIA BANCARIA :**

<b>Datos de la Cuenta Bancaria</b>	<b>Nombre del Banco</b>	<b>Tipo de Cuenta:</b> <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros
<b>Número de la Cuenta</b>		

Autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito SERVICOOOP a depositar en mi cuenta el valor correspondiente al Crédito realizado, eximo a Servicoop de toda responsabilidad inclusive a terceros si esta declaración de registro fuese falsa o errónea

En caso de no llenar la Autorización de Transferencia, SERVICOOOP procederá a emitir un cheque a nombre del DEUDOR por el valor del crédito aprobado

**AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

**AUTORIZACIÓN DE ACCESO A INFORMACIÓN EXTERNA.-** Autorizo(amos) expresa e indefinidamente a SERVICOOOP para que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos y Burós de Información Crediticia autorizados para operar en el país, mis(nuestras) referencias personales y/o patrimoniales anteriores o posteriores a la suscripción de esta autorización, sea como deudor principal, codeudor o garante, sobre mi(nuestro) comportamiento crediticio, manejo de mi(s)(nuestras) cuenta(s), corriente(s), de ahorro, tarjetas de crédito, etc., y en general al cumplimiento de mis(nuestras) obligaciones y demás activos, pasivos, datos personales y/o patrimoniales, aplicables para uno o más de los servicios y productos que brindan las Instituciones del Sistema Financiero, según corresponda.

Faculto(amos) expresamente a SERVICOOOP para transferir o entregar dicha información, referente a la presente operación crediticia, contingente y/o cualquier otro compromiso crediticio que mantenga(mos), sea como deudor principal, codeudor o garante, con SERVICOOOP, a todos los Burós de Información Crediticia autorizados para operar en el país, a autoridades competentes y organismos de control, así como a otras instituciones o personas jurídicas legalmente facultadas.

En caso de endoso, cesión, transferencia, titularización o cualquier otra forma de transferencia de la presente operación crediticia, contingente y/o cualquier otro compromiso crediticio que mantenga(mos), sea como deudor principal, codeudor o garante, con SERVICOOOP, la persona natural o jurídica cesionaria o adquirente de dicha obligación queda desde ya expresamente facultada para realizar las mismas actividades establecidas en los dos párrafos precedentes.

**DECLARACIÓN DE NO VINCULACIÓN.-** Voluntariamente declaro (amos) que conozco (conocemos) lo que determina el artículo 216 y 217 del Código Orgánico Monetario y Financiero, que determina cuales son las personas vinculadas por propiedad y administración o gestión con una institución del sistema financiero.

De lo que conozco (conocemos) hasta la presente fecha, no mantengo (mantenemos) vinculación ni por propiedad, ni por administración o gestión con SERVICOOOP; sin embargo, me (nos) comprometo (emos) a poner de inmediato en conocimiento a la cooperativa en caso de llegar a incurrir en una o más causales de vinculación establecidas en dicha Resolución, deslindando a SERVICOOOP de toda responsabilidad para estos efectos.

**DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS.-** Además declaro que los fondos recibidos de SERVICOOOP. no serán destinados a ninguna actividad ilícita, especialmente a aquellas relacionadas con el Lavado de Activos.

Autorizo expresamente a SERVICOOOP a realizar el análisis que considere pertinente e informar documentadamente a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones económicas inusuales e injustificadas.

Me (nos) comprometo (emos) ante la Cooperativa notificar oportunamente, cualquier cambio importante respecto a los datos y declaraciones constantes en esta solicitud y eximo (imos) de toda responsabilidad a SERVICOOOP en caso de no hacerlo.

**AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO** En caso de incumplimiento de pago de una o más cuotas del préstamo, autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Servicoop se debite de mi cuenta de ahorros los valores pendientes, y declaro conocer todas las políticas de crédito y cobranzas de Servicoop.

Autorizo libre y voluntariamente a la Cooperativa Servicoop que se descuente automáticamente los valores que corresponden a este préstamo, de mi sueldo, bonificaciones legales, beneficios sociales y demás pagos que realice a mi favor SERVICOOOP ECUADOR S.A.

**AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA CERTIFICADO DE APORTACION** En el caso de no estar al día en el valor exigido en la cuenta de CERTIFICADO DE APORTACIÓN a la fecha de presentar esta SOLICITUD DE CREDITO, AUTORIZO a SERVICOOOP a realizar la transferencia de la cuenta de Ahorro Ordinario por los meses que no se haya realizado el descuento.

**AUTORIZACIÓN DE DÉBITO RESOLUCION 127-2015F.-** Con base a la resolución de la Junta Política y Regulación Monetaria y Financiera la Cooperativa de Ahorro y Crédito "SERVICOOOP" descontará el % establecido en el manual de crédito vigente del monto de crédito para destinarlo a fortalecer el Fondo Irrepartible de Reserva Legal, AUTORIZO voluntariamente este debito

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, por lo que me obligo a presentar toda la documentación que demuestre mis declaraciones y firmo el presente documento en señal de comprensión, aceptación y conformidad de su contenido. La información proporcionada en este documento será de estricta confidencialidad, que será utilizada por SERVICOOOP

f) \_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOCIO**

f) \_\_\_\_\_  
**GARANTE**

**ESPACIO PARA ANÁLISIS DE CRÉDITO**

El Comité de Crédito en reunión efectuada el \_\_\_\_\_ Aprueba \_\_\_\_\_ Niega \_\_\_\_\_ esta solicitud de crédito por el monto de \$ \_\_\_\_\_ a una tasa de interes del \_\_\_\_\_ %

<b>GERENCIA</b>	<b>COMITÉ DE CREDITO 1</b>	<b>COMITÉ DE CREDITO 2</b>	<b>JEFE DE OFICINA</b>	<b>ANALISTA SERVICOOOP:</b>

**OBSERVACIONES:**