

F-CVF-01 V:03

Cúcuta: Av. 2 N° 13-75 PBX:574 88 80 - 574 88 81
Pamplona: Cra. 7 N° 5-67 PBX:574 88 80 ext. 2601
Ocaña: Cra. 7 N° 30-173 PBX:574 88 80 ext. 2501
Tibú: Cra. 8 N° 5-33 El Carmen Tel: 574 88 80 ext. 2700
LÍNEA GRATUITA: 018000 975090

NTC ISO 9001:2015
Certificado No. SC 6744-1
Certificado No. SC 6744-2
Certificado No. SC 6744-3
Certificado No. SC 6744-4
Certificado No. SC 6744-5
Certificado No. SC 6744-7
Certificado No. SC-CER 189967
NTC 5555:2011 / FT-CER 170502
NTC 5686 (2011) / CS-CER 446613
NTC 5681 (2011) / CS-CER 171210
NTC 5663 (2011) / CS-CER 446600

Ciudad	Fecha			MODALIDAD						
	DÍA	MES	AÑO	EDUCACIÓN	LIBRE INVERSIÓN	FOMENTO	SALUD	TURISMO	VIVIENDA	COMPRA CARTERA

VALOR SOLICITADO _____ PLAZO _____ RAD. N° _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Razón Social		NIT.
Dirección	Teléfono	Actividad Económica

INFORMACIÓN BÁSICA DEL SOLICITANTE

Nombre(s)		1r. Apellido	2o. Apellido
Tipo de Identificación	N° de Identificación		Ciudad y fecha de Expedición
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>			D M A
Sexo	Estrato		
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
Ciudad y fecha de nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil	N° Personas a Cargo
D M A			

Nivel de Estudios	Profesión
Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Tipo de Vivienda	Mujer Cabeza de Familia
Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

LOCALIZACIÓN

Dirección Residencia	Barrio	Ciudad	Celular
Dirección Oficina	Barrio	Ciudad	Teléfono
Dirección Correspondencia	Barrio	Ciudad	Celular
Celular	Correo Electronico		

ACTIVIDAD LABORAL

Cargo	Tipo de Contrato	Fecha de Ingreso	Fecha Inicio Contrato	Fecha Vencimiento Contrato
		D M A	D M A	D M A

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	Sueldo Básico \$ _____	EGRESOS MENSUALES	Arriendo \$ _____
	Otros Ingresos \$ _____		Gastos Familiares \$ _____
	Total Ingresos \$ _____		Obligaciones Financieras \$ _____
	Descripción de Otros Ingresos: _____		Otros Egresos \$ _____
			Total Egresos \$ _____

REFERENCIAS

FAMILIAR	Nombre (s) y Apellido (s)	Dirección Residencia	Celular
	Empresa donde trabaja	Teléfono Oficina	Ciudad
PERSONAL	Nombre (s) y Apellido (s)	Dirección Residencia	Celular
	Empresa donde trabaja	Teléfono Oficina	Ciudad

◆ ESTE FORMULARIO ES GRATUITO

◆ COMFAORIENTE SE RESERVA EL DERECHO DE HACER INSPECCIONES OCULARES PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA

DATOS DEL CÓNYUGE						
Nombre (s)		1r. Apellido		2o. Apellido		
Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>	N° de Identificación		Empresa donde labora	Cargo u Ocupación	Celular	
Correo Electronico		TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		
INFORMACIÓN DEL CODEUDOR						
Nombre (s)		1r. Apellido		2o. Apellido		
Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>	N° de Identificación		Ciudad y fecha de Expedición		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>	
C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/>	D	M	A	D	M	A
Ciudad y fecha de nacimiento		Nacionalidad	Estado Civil	N° Personas a Cargo	Estrato	Celular
D	M	A	D	M	A	A
Dirección Residencia		Barrio		Ciudad		Teléfono
Correo Electrónico						
Nivel de Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
Empleador		NIT	Dirección		Teléfono	Ciudad
Cargo	Tipo de Contrato		Fecha de Ingreso		Fecha Inicio Contrato	Fecha Vencimiento Contrato
D	M	A	D	M	A	D
D	M	A	D	M	A	A
Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/>		Arrendada <input type="checkbox"/>		Familiar <input type="checkbox"/>		Mujer Cabeza de Familia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN FINANCIERA						
INGRESOS MENSUALES Sueldo Básico \$ _____ Otros Ingresos \$ _____ Total Ingresos \$ _____ Descripción de Otros Ingresos: _____			Arriendo \$ _____			
			Gastos Familiares \$ _____			
			Obligaciones Financieras \$ _____			
			Otros Egresos \$ _____			
			Total Egresos \$ _____			
AUTORIZACIÓN						
<p>"Autorizo (amos) de manera expresa e irrevocable a COMFAORIENTE o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor o tenedor legítimo del pagaré, según sea el caso, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de información - CIFIN - que administra la Asociación Bancaria de Entidades Financieras de Colombia y a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de dichas obligaciones, o cualquier otro dato personal económico estime pertinente, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros.</p> <p>La presente autorización comprende no solo la facultad de reportar, procesar y divulgar sino también de solicitar información sobre mis (nuestros) datos financieros en la CIFIN y demás entidades que manejen bases de datos con los mismos fines, pudiendo las entidades afiliadas conocer mi (nuestros) comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones, con el eventual efecto para mí (nosotros) de verme (nos) imposibilitado (s) para acceder a los servicios que prestan dichas entidades afiliadas.</p>						
DEUDOR			CODEUDOR			
Firma			Firma			
N° Identificación.			N° Identificación.			
VERIFICACIÓN DE DATOS COMFAORIENTE						
DEUDOR			CODEUDOR			
Empresa Afiliada			Empresa Afiliada			
NIT		Último mes pago aportes		NIT		Último mes pago aportes
Sueldo	Mes pago libranza	Crédito vigente	Sueldo	Mes pago libranzas	Crédito vigente	
DESPRENDIBLE DE RECEPCIÓN DE FORMULARIO						
NOMBRE DEL SOLICITANTE		N° IDENTIFICACIÓN	FECHA		RECIBIDO POR	RADICADO N°
D	M	A	D	M	A	N° FOLIOS

