

## SOLICITUD DE CREDITO SALUD Y ESTETICA

SOLICITO SE ME OTORGE UN CREDITO POR: \_\_\_\_\_

PLAZO: \_\_\_\_\_ MESES PARA UTILIZARLO EN: \_\_\_\_\_

DEPOSITARLO EN MI CUENTA DE AHORRO:

#: \_\_\_\_\_ CUENTA SINPE #: \_\_\_\_\_ DEL BANCO \_\_\_\_\_

RECIBIDO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SELLO Y FIRMA DEL ASESOR

### DATOS PERSONALES

\_\_\_\_\_  
PRIMER APELLIDO

\_\_\_\_\_  
SEGUNDO APELLIDO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO

\_\_\_\_\_  
N°. CEDULA DE IDENTIDAD

\_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL

\_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### MEDIOS DE LOCALIZACION

TEL. DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

TEL. DE CONSULTORIO O LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### INFORMACION LABORAL

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SE ENCUENTRA EN: PROPIEDAD ( \_\_\_\_ ) INTERINO ( \_\_\_\_ ) PENSIONADO ( \_\_\_\_ )

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
(HOSPITAL, CLINICA, EBAIS U OTROS)

### DIRECCION DE DOMICILIO

DIRECCION DE RESIDENCIA:

\_\_\_\_\_  
PROVINCIA

\_\_\_\_\_  
CANTON

\_\_\_\_\_  
DISTRITO

DIRECCION EXACTA: \_\_\_\_\_

### DATOS DE CONYUGE, COMPAÑERO O FAMILIAR DIRECTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE CREDITO SALUD Y ESTETICA

EN CASO DE GARANTIA FIDUCIARIA:

### DATOS PERSONALES DEL FIADOR N°1

PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_  
 NO CEDULA DE IDENTIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ PROFESION: \_\_\_\_\_

### MEDIOS DE LOCALIZACION

TEL. DE CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_  
 TEL. DE CONSULTORIO O LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### DIRECCION DE DOMICILIO

DIRECCION DE RESIDENCIA:

\_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CANTON \_\_\_\_\_ DISTRITO \_\_\_\_\_

DIRECCION EXACTA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### INFORMACION LABORAL

INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SE ENCUENTRA EN: PROPIEDAD ( \_\_\_\_\_ ) INTERINO ( \_\_\_\_\_ ) PENSIONADO ( \_\_\_\_\_ )

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
 (HOSPITAL, CLINICA, EBAIS U OTROS)

### BENEFICIARIOS DE POLIZA SALDO DEUDOR

NOMBRE COMPLETO	CEDULA	PARENTEZCO	PORCENTAJE

Nota: El crédito cuenta con una póliza de saldo deudor, con el INS, en caso de muerte, el saldo al descubierto se le cancelara a la Cooperativa y el monto amortizado a la fecha será entregado al beneficiario.

## SOLICITUD DE CREDITO SALUD Y ESTETICA

El suscrito declara bajo la fe de juramento y con conocimiento de las penas con que la ley castiga el falso testimonio, que la información aquí suministrada se apega totalmente a la verdad. Además declaro que no pertenezco a ningún grupo de interés económico y que en caso de pertenecerlo lo informare ante el analista para que sea tomado en cuenta en este crédito. Declaro que no estoy en trámite de movilidad laboral permiso sin goce de salario, incapacidad, renuncia a la institución donde laboro o en proceso de investigación administrativa.

Dejo autorizada a Cooprocimeca R.L. para que en caso de duda, confirme la información aquí presentada, por los medio que estime pertinentes. Autorizo a que el expediente respectivo sea revisado por la SUGEF, por la Auditoría externa o interna, o por cualquier otra instancia de supervisión o control legalmente legitima al respecto.

\*\*\*\*\*

### SOBRE EL COBRO

**Autorizo a que la cuota del crédito se deduzca de mi salario, si por algún motivo no se puede realizar el rebajo, depositare las cuotas correspondientes en las cuentas bancarias de COOPROCIMECA RL o bien pagare directamente en nuestras oficinas. En caso de atraso autorizo a Cooprocimeca R.L., a rebajar mediante deducción directa de mi salario, las cuotas del préstamo en atraso, los intereses moratorios y los cargos que se generen.**

**Además en caso de atraso mayor de 3 cuotas mensuales, autorizo a tomar de mi ahorro mi capital social y/o de otras figuras de ahorro que posea para cubrir el saldo total adeudado.**

Firma del Solicitante **X** \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### RESOLUCION DE LA SOLICITUD DE CREDITO

ANALISTA ( \_\_\_\_ )                      COMITÉ DE CREDITO ( \_\_\_\_ )                      GERENCIA ( \_\_\_\_ )

NOMBRE DEL ANALISTA \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### FIRMAS DE APROBACION

\_\_\_\_\_ COMITÉ DE CREDITO A

\_\_\_\_\_ COMITÉ DE CREDITO B

\_\_\_\_\_ GERENCIA

OBSERVACIONES:

---



---



---