

Fecha: DD / MM / AA

**INFORMACIÓN DEUDOR SOLIDARIO****1. Información básica**

Nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo Documento Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Nº Documento De Identificación		Fecha De Nacimiento	
Estado Civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>					Nº Personas A Cargo
Nivel De Estudios Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico o Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/>					
Dirección Residencia		Departamento	Ciudad /Municipio	Barrio	
Tipo De Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>		Teléfono Residencia	Teléfono Celular	E- Mail Personal	
Empresa Donde Labora		Cargo	Teléfono Empresa	E-Mail Empresa	

**2. Datos del cónyuge o compañero permanente**

Nombres		Primer apellido		Segundo Apellido	
Tipo documento Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Nº Documento de Identificación	Empresa donde labora	Cargo	Fecha de Ingreso

**3. Información financiera (Bienes inmuebles (casas – apartamentos – otros)**

Tipo Inmueble	Matrícula Nº	Ciudad/Barrio	Dirección	Valor Comercial	Valor Hipoteca

**3.1 Vehículos**

Tipo de vehículo	Tipo de Servicio Público/particular	Modelo	Marca	Placa	Valor Comercial	Valor Pignorado

**4. Otros ingresos permanentes mensuales con soporte (diferente a nómina)**

Descripción	Valor
<b>Total \$</b>	

**5. Referencias**

Familiar					
Nombres y Apellidos	Dirección Residencia	Ciudad o Municipio	Teléfono Contacto	Celular	Parentesco
Personal					
Nombres y Apellidos	Dirección Residencia	Ciudad o Municipio	Teléfono Contacto	Celular	

**Los campos o espacios deben ser completamente diligenciados. La recepción de este formulario no implica compromiso para el Fondo de Empleados Praxair Colombia de aprobación de crédito.**

## DOCUMENTOS

- Certificados de ingresos y retenciones del año anterior
- Desprendible de nómina correspondiente al último mes
- Certificado laboral que indique tipo de contrato, tiempo y salario

## COMPROMISOS

1. Por medio de la presente declaro que la información suministrada concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma.
2. De acuerdo a lo estipulado en el decreto que reglamenta la ley 1266 de 2008 (hábeas data). En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente autorizo de manera expresa e irrevocable a Fondo de Empleados Praxair Colombia, o a quién representa sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a las centrales de riesgo o cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgo podrán conocer esta información de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.
3. Los descuentos no hechos por nomina al deudor, no los exoneran de la obligación de cancelarlos a tiempo, por no constituir este, único medio de pago.
4. El hecho de presentar esta solicitud, NO compromete al Fondo de Empleados Praxair Colombia a desembolsar su valor, sin previa revisión y autorización de las personas encargadas.
5. Los recursos que utilizaré en el pago de las cuotas o con los que cancelaré los créditos o los que entregaré en depósitos provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, oficio, profesión, negocio, entre otros):
6. Declaro que los recursos que entregaré en depósito o utilizaré para el pago de cuotas o créditos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma relacionada.
7. Autorizo (amos) al Fondo de Empleados Praxair Colombia en caso de no ser aprobada esta solicitud y no recoger en un plazo no superior a 30 días el pagaré, carta de instrucciones y libranza firmada, para destruir estos documentos.
8. Por medio del presente documento autorizo (amos) expresa e irrevocablemente al Fondo de Empleados Praxair Colombia para actualizar mi (nuestra) información personal y/o demográfica por cualquier medio que tenga dispuesto esa entidad para el efecto.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo (amos) la presente solicitud:

\_\_\_\_\_  
**Nombre Del Deudor**  
**C.C. N°**

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Deudor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Deudor Solidario**  
**C.C. N°**

\_\_\_\_\_  
**Firma Deudor Solidario**

\_\_\_\_\_  
**VºBº Gerente**