



COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA. Presolicitud

Fecha Impresión:	Oficial de Crédito :
Nombre del socio o posible socio	
Cédula de Identidad	
Teléfono	
Producto	
Observaciones	

Autorizo (amos) de manera expresa y voluntaria a la Cooperativa de ahorro y Crédito Santa Isabel Ltda., a él o los funcionarios que esta designe, para que consulten, soliciten investiguen y reporten toda la información referente a mi estado o historial crediticio o financiero en cualquier fuente de información de crédito, como son: buros de información crediticia legalmente establecidos; páginas de información pública e incluso en aquellas fuentes de información de crédito que pudiesen ser creadas para tales efectos autorizamos que se mantendrán vigente y se extenderá por el tiempo que sea(amos) socio(s) de la Cooperativa

DATOS DE SIMULADOR		Fecha de Consulta	
Monto Solicitado :		Producto:	
Plazo en meses :		Frecuencia de Pago :	
1ra Cuota :		Tasa de Interes :	
Tipo de Tabla :		TEA :	
Garantía :		Seg. Desgravamen :	
SOLCA :		F. Irrepartible :	

f).....	f).....
Firma consultor	Firma Cónyuge
Nombres:	Nombres:
CI:	CI:

GARANTES

f).....	f).....
Firma Garante	Firma Cónyuge
Nombres:	Nombres:
CI:	CI:
f).....	f).....
Firma Garante	Firma Cónyuge
Nombres:	Nombres:
CI:	CI: