

**SOLICITUD DE CREDITO**CODIGO CM  CREACION  MODIFICACION  FECHA : \_\_\_\_\_**INFORMACION REQUERIDA PARA LA CREACIÓN EN EL SISTEMA DE DEUDORES****1- DATOS PERSONALES**

Razón Social ó Nombre del Propietario		Nombre del Establecimiento	
Documento de Identidad		Tipo de Documento <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> Otro Cual _____	
Dirección		Ciudad	Región
Teléfono (s)	Fax	Correo Electrónico: _____	
Página Web: _____			

**2- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres
-----------------	------------------	---------

**3- DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO**

Nombre	Teléfono Directo	Ciudad
--------	------------------	--------

**4- DATOS FISCALES Y COMERCIALES**

Tipo de Régimen <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> No Responsable de IVA	Entidad Autorretenedora <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Grandes Contribuyentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Condiciones de Pago:	Días	Descuento Comercial

**6- REFERENCIAS COMERCIALES**

Nombre	Persona de Contacto	Teléfono

**7- REFERENCIAS BANCARIAS**

Entidad / Sucursal	Cuenta	Ciudad	Teléfono

**8- DOCUMENTOS A ANEXAR**

1. Certificado de existencia y representación legal original con vigencia no menor a 2 meses
2. Copia del Registro único tributario (R.U.T.)
3. Copia del Documento de Identidad que ingreso en los datos personales.
4. Estados Financieros del ultimo trimestre.
5. Fotocopia de la declaración de Renta de los dos últimos años.
6. Dos referencias comerciales por escrito.

**9- AUTORIZACION CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO**

*Certifico que la información contenida en este formato es veraz y corresponde a la realidad de las operaciones realizadas y autorizo de manera expresa a esta empresa y/o a quien represente sus derechos o los reciba por cesión, a consultar, verificar y reportar nuestra información en los Bancos de Datos o Centrales de Riesgo ; de igual manera autorizo el envío de información y/o notificaciones al e-mail mencionado.*

**5- ESPACIO PARA FIRMAS**

Firma del cliente:

\_\_\_\_\_

Firma y sello Representante legal

*Favor hacer llegar este formulario con sus documentos respectivos a la siguiente dirección:  
Calle 16 No.45-72 Barrio Colombia, Medellín, email cartera@cmsa.com.co, TEL.2660502 ext.102*

ESPACIO PARA USO INTERNO:

Autorizado por: \_\_\_\_\_  
Nombre y firma

CUPO ASIGNADO: \_\_\_\_\_