

Bogotá, D.C., _____

Señores

**COMITÉ DE CRÉDITO Y/O GERENCIA
COOPDISALUD LTDA.**

Ciudad

ASUNTO: Autorización para recoger saldos de Coopdisalud y de otras entidades.

Respetados(as) Señores(as):

Cordialmente les solicito su autorización para **RECOGER** el saldo total de mi(s) crédito(s) relacionado(s) a continuación adquiridos en Coopdisalud y que actualmente no han completado el 60% cancelado del valor inicialmente solicitado:

Créditos Coopdisalud

LINEA	LIBRANZA No.	MONTO INICIAL	CUOTA QUE RECOGE	SALDO A CAPITAL
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

Otras entidades:

Entidad: _____ Valor: \$ _____

Entidad: _____ Valor: \$ _____

Entidad: _____ Valor: \$ _____

Solicito que la(s) mencionada(s) obligación(es) sea(n) descontada(s) y girada(s) a cada entidad(es), según corresponda del nuevo crédito, con las siguientes características:

Línea de Crédito: _____

Monto Solicitado: \$ _____

Plazo: _____ (Meses) Valor Cuota \$ _____

Capacidad de Pago (Recogiendo): _____

Abono con Primas

Las tres (3) siguientes así:

Fecha	Valor
	\$
	\$
	\$

Mi garantía para dicho crédito será con:

☐ APORTES☐ CODEUDORES☐ AFIANZADORA

Expresamente y de manera irrevocable autorizo a COOPDISALUD, para fines de información interbancaria, estadística, comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros, reporten, procesen, consulten, divulguen a entidades financieras en las centrales de riesgos a todo lo relativo al nacimiento, modificación, prórroga, extensión, así como los saldos a mi cargo con motivo de las obligaciones contenidas en la presente solicitud y el respectivo pagaré o libranza.

Nombre: _____ Firma: _____

No. Cédula: _____ E-mail: _____

Subred: _____ No. Celular: _____