



## COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO METODISTA

PO BOX 21876, SAN JUAN PR 00931-1876  
 URB. SABANA LLANA 451 CALLE DE DIEGO, SAN JUAN PR 00923  
 TEL: 787-764-3466/ FAX: 787-764-6027  
[cmu@coopmetodista.com](mailto:cmu@coopmetodista.com), [www.coopmetodista.com](http://www.coopmetodista.com)

TIPO DE PRESTAMO: \_\_\_\_\_

SOCIO NUM: \_\_\_\_\_

### Parte 1. Información de su Préstamo

Cantidad Solicitada \$	Termino (Meses)	Propósito
---------------------------	-----------------	-----------

### Parte 2. Información Sobre el Solicitante

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Núm. Seguro Social	Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)		Teléfono Residencial		Teléfono Celular
Dirección Residencial				Zip Code	
Dirección Postal				Años Aquí	
Dirección Residencial Anterior (si lleva menos de tres años en la actual)					
Casa: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Vive con un familiar		Pago Mensual \$	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No Casado(a)		
Nombre del Trabajo o Negocio		Dirección del Trabajo actual y/o Negocio			Zip Code
Posición que Desempeña	Supervisor Inmediato	Año en el Trabajo	Teléfono del Trabajo	Ingreso del Solicitante: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bi Semanal <input type="checkbox"/> Mensual \$	
NO ES NECESARIO INCLUIR INGRESOS POR CONCEPTO DE PENSIONES ALIMENTICIAS O MANUTENCION DE MENORES SI USTED NO DESEA SE CONSIDERE PARA EL PAGO DE ESTA OBLIGACION					
Otros Ingresos \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bi Semanal <input type="checkbox"/> Mensual			Fuentes de Otros Ingresos		
Nombre del pariente más cercano que no viva con usted			Parentesco		Teléfono
Dirección Residencial del Pariente				Zip Code	

### Parte 2A. Información Sobre Propiedades y Deudas del Solicitante y/o Cónyuge

Descripción de la Propiedad	Dirección y/o Número de Cuenta	Valor Mercado \$	Nombre del Acreedor	Balance \$	Pago Mensual \$
1.		\$		\$	\$
2.		\$		\$	\$
ANOTE AQUÍ LAS DEUDAS A BANCOS, COMPAÑÍAS FINANCIERAS, ETC. INCLUYA LAS DE SU CONYUGE SI FUERA CO-DEUDOR. (Si no debe, favor de anotarlo también)					
Nombre del Acreedor		Número de Cuenta	Cantidad Original \$	Balance Adeudado \$	Pago Mensual \$
1.					
Nombre del Acreedor		Número de Cuenta	Cantidad Original \$	Balance Adeudado \$	Pago Mensual \$
2.					
Nombre del Acreedor		Número de Cuenta	Cantidad Original \$	Balance Adeudado \$	Pago Mensual \$
3.					

### Parte 2B. Información Sobre el Cónyuge del Solicitante

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Núm. Seguro Social	Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)		Teléfono Residencial		Teléfono Celular
Dirección Residencial				Zip Code	
Dirección Postal				Años Aquí	
Dirección Residencial Anterior (si lleva menos de tres años en la actual)					
Casa: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Vive con un familiar		Pago Mensual \$	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No Casado(a)		
Nombre del Trabajo o Negocio		Dirección del Trabajo actual y/o Negocio			Zip Code
Posición que Desempeña	Supervisor Inmediato	Año en el Trabajo	Teléfono del Trabajo	Ingreso del Cónyuge: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bi Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	
NO ES NECESARIO INCLUIR INGRESOS POR CONCEPTO DE PENSIONES ALIMENTICIAS O MANUTENCION DE MENORES SI USTED NO DESEA SE CONSIDERE PARA EL PAGO DE ESTA OBLIGACION					
Otros Ingresos \$ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bi Semanal <input type="checkbox"/> Mensual			Fuentes de Otros Ingresos		
ANOTE AQUÍ LAS DEUDAS A BANCOS, COMPAÑÍAS FINANCIERAS, ETC. INCLUYA LAS DE SU CONYUGE SI FUERA CO-DEUDOR. (Si no debe, favor de anotarlo también)					
Nombre del Acreedor		Número de Cuenta	Cantidad Original \$	Balance Adeudado \$	Pago Mensual \$
1.					
Nombre del Acreedor		Número de Cuenta	Cantidad Original \$	Balance Adeudado \$	Pago Mensual \$
2.					
Nombre del Acreedor		Número de Cuenta	Cantidad Original \$	Balance Adeudado \$	Pago Mensual \$
3.					

**Parte 3. Información Sobre el Co-Deudor**

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Núm. Seguro Social	Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)		Teléfono Residencial		Teléfono Celular
Dirección Residencial				Zip Code	Años Aquí
Dirección Postal				Zip Code	
Dirección Residencial Anterior (si lleva menos de tres años en la actual)					
Casa: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Vive con un familiar		Pago Mensual \$	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No Casado(a)		
Nombre del Trabajo o Negocio		Dirección del Trabajo actual y/o Negocio			Zip Code
Posición que Desempeña	Supervisor Inmediato	Año en el Trabajo	Teléfono del Trabajo	Ingreso del Co Deudor: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bi Semanal <input type="checkbox"/> Mensual \$	

**Parte 3A. Información Sobre el Co-Deudor**

Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Núm. Seguro Social	Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)		Teléfono Residencial		Teléfono Celular
Dirección Residencial				Zip Code	Años Aquí
Dirección Postal				Zip Code	
Dirección Residencial Anterior (si lleva menos de tres años en la actual)					
Casa: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Vive con un familiar		Pago Mensual \$	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> No Casado(a)		
Nombre del Trabajo o Negocio		Dirección del Trabajo actual y/o Negocio			Zip Code
Posición que Desempeña	Supervisor Inmediato	Año en el Trabajo	Teléfono del Trabajo	Ingreso del Co Deudor: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bi Semanal <input type="checkbox"/> Mensual \$	

**Parte 4. Colateral**

Breve descripción de la propiedad o activos a darse en garantía		Dirección física de dicha propiedad	
Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

**FAVOR DE FIRMAR**

Los suscribientes por la presente manifiestan y certifican que todo lo antes expuesto es correcto según nuestro mejor entender y que la Cooperativa retendrá esta solicitud fuera o no aprobada la misma. Por la presente se autoriza a la Cooperativa a verificar el historial de crédito y de empleo de los suscribientes y a divulgar a cualquier agencia de información de crédito cualquier información obtenida respecto a sus experiencias de crédito con los suscribientes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Deudor Principal

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Deudor Solidario

\_\_\_\_\_  
Firma del Deudor Solidario

\_\_\_\_\_  
Fecha

**DECISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CRÉDITO**

APROBADA

DENEGADA

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CONDICIONES \_\_\_\_\_

RAZONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE(A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO(A)

\_\_\_\_\_  
VOCAL

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE EJECUTIVO

\_\_\_\_\_  
COMITÉ DE SUPERVISIÓN