



CAPITALCREDIT S.A.S

901.038.971-1

FORMATO PARA RADICACION DE SOLICITUDES

Información General (campos obligatorios)

Nombre del Solicitante: _____ No. de Identificación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Medio por el cual desea recibir la respuesta a su solicitud: Correo, ¿Cuál? _____
 Punto de atención, ¿Cuál? _____

No. de Crédito (solo aplica para uno): _____

¿Autoriza a CAPITAL CREDIT S.A.S. actualizar los datos antes registrados en nuestro sistema? SI NO

Por favor marque con una (x) el tipo de solicitud que desea radicar (Marque solo una opción)

Entrega de soportes para Abonar al Crédito

Carta de aprobación / Plan de pagos sugeridos

Certificado para declaración de renta

Solicitud para la Certificación de Saldo

Paz y Salvo

Reintegro de Cuotas – Saldo a favor
 Meses de las cuotas a reintegrar _____, _____

Modalidad de reintegro: ACH PM

Diligencie esta información únicamente para Reintegro. ACH: No. de cuenta a abonar _____

Tipo de cuenta: Ahorros Corriente Banco de la cuenta: _____

Tiempos establecidos para la atención de solicitudes:

| Tipo de solicitud | Tiempos de respuesta |
|---|----------------------|
| Entrega de soportes para Abonar al Crédito | 15 días hábiles |
| Carta de aprobación / Plan de pagos sugeridos | 15 días hábiles |
| Certificado para declaración de renta | 15 días hábiles |
| Solicitud para la Certificación de Saldo | 15 días hábiles |
| Paz y Salvos | 15 días hábiles |
| Reintegro de Cuotas – Saldo a Favor ** | 15 días hábiles |

** Se deben adjuntar desprendibles de pago de las cuotas a reintegrar y copia de la cédula con firma y huella

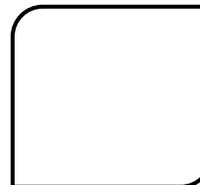
Quien firma el presente formato autoriza a CAPITAL CREDIT S.A.S. y a quien represente sus derechos o sea cesionario de los derechos derivados de la presente solicitud (en adelante "Personas Autorizadas") para que, con fines estadísticos, de procesamiento de datos, administración de riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, comerciales y de información entre compañías y entre estas y las autoridades competentes, a efectuar el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos de las Personas Autorizadas, atendiendo a lo establecido en la ley 1581.

HUELLA

Firma del Cliente: _____

No. de Cédula: _____

Fecha en la que radica la solicitud: _____



Departamento de Atención al Cliente. CAPITAL CREDIT S.A.S.

capitalcredit2016@capitalcredit.com.co

www.capitalcredit.com.co