

	FORMATO DECLARACIÓN DE ORIGEN DE INGRESOS PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES	Código: GC-FO-215
	PROCESO DE GESTIÓN COMERCIAL	Versión: 2

Si Usted es trabajador independiente, favor diligenciar este formato como su certificación de ingresos y adjuntarlo al formulario GC-FO-178 FORMULARIO DE SOLICITUD ÚNICA DE CRÉDITO PERSONA NATURAL.

Afiliado <input type="checkbox"/> Deudor solidario 1 <input type="checkbox"/> Deudor solidario 2 <input type="checkbox"/> Deudor solidario 3 <input type="checkbox"/>			
Primer nombre		Segundo Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Teléfono(s) domicilio:		Dirección domicilio:	
Tipo de documento de identidad: <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.E		Número:	
Lugar de expedición			
Desde cuándo se desempeña en este oficio: Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/>			
Describa detalladamente su oficio: _____			
Jornada diurna <input type="checkbox"/> Jornada nocturna <input type="checkbox"/> Entre semana <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/>			
Dirección Laboral:			
Ciudad:		Departamento	
Teléfono(s)			
Entorno del negocio: Vivienda <input type="checkbox"/> Semiambulante <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro comercial <input type="checkbox"/>			
Plaza de mercado <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Cuál: _____			
Rango de ingresos mensuales: \$0 a \$300.000 <input type="checkbox"/> \$300.000 a \$600.000 <input type="checkbox"/> \$600.000 a \$1.000.000 <input type="checkbox"/>			
\$1.000.000 a \$1.500.000 <input type="checkbox"/> \$1.500.000 en adelante <input type="checkbox"/>			
Valor Ingreso Mensual: \$ _____			
Bajo la gravedad de juramento, declaro que los ingresos que genero son el resultado de la actividad, labor u oficio que desempeño, y autorizo su verificación ante cualquier persona natural, jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación con el FNA o con quien represente sus derechos.			

En constancia de que lo consignado en este documento es cierto, firmo:

Firma: _____

Fecha: _____

AAAA/MM/DD

Impresión dactilar