



SOLICITUD DE CRÉDITO

FEMPHA - Fondo de Empleados
NIT. 860.068.657-1

(Marque con una (X) en los campos solicitados y diligencie la información necesaria)

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA DD MM AAAAA	MONTO SOLICITADO (\$ Pesos)	No. CUOTAS	PERIODICIDAD <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual	RADICACIÓN No. Pagaré No.
LÍNEA DE CRÉDITO	FORMA DE PAGO <input type="checkbox"/> Nómina <input type="checkbox"/> Ventanilla <input type="checkbox"/> Débito Cuenta Bancaria	DESTINO DEL CRÉDITO		GARANTÍA* <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Fianza <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Real

RECOGESALDO CRÉDITO

LÍNEA DE CRÉDITO	RADICACIÓN No. Pagaré No.	SALDO (\$ Pesos)	PROPORCIÓN CAPITAL PAGADO (%)
-------------------------	-------------------------------------	-------------------------	---

INFORMACIÓN DEUDOR

NOMBRE COMPLETO Primer Apellido Segundo Apellido Nombres	DEUDOR PRINCIPAL	TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAAA
PROFESIÓN	NIVEL EDUCATIVO <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Pregrado <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Maestría	ESTRATO SOCIOECONÓMICO		
EMPRESA Entidad	DEPENDENCIA	CARGO	TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INGRESO DD MM AAAAA
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Renta
CONTACTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO (1) CORREO ELECTRÓNICO (2)

VEHÍCULO

DESCRIPCIÓN	TIPO <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Camioneta	MARCA	MODELO	VALOR COMERCIAL
--------------------	--	--------------	---------------	------------------------

INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Sueldo Básico:		Vivienda (cuota y/o arriendo):	
Comisiones u Honorarios:		Gastos de Sostentamiento:	
Otros Ingresos:		Deducciones de nómina:	
Describe Otros Ingresos:		Obligaciones Financieras:	
Total Ingresos:		Total Egresos:	

REFERENCIAS

NOMBRE COMPLETO (1) Primer Apellido Segundo Apellido Nombres	FAMILIAR		
	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE COMPLETO (2) Primer Apellido Segundo Apellido Nombres	PERSONAL		
	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACIÓN DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRE COMPLETO Primer Apellido Segundo Apellido Nombres	DEUDOR SOLIDARIO	TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAAA
EMPRESA Entidad	DEPENDENCIA	CARGO	TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INGRESO DD MM AAAAA
DIRECCIÓN	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO	CIUDAD	TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Renta
CONTACTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO (1) CORREO ELECTRÓNICO (2)
DESCRIPCIÓN	TIPO <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Camioneta	MARCA	MODELO	VALOR COMERCIAL
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		
Sueldo Básico:		Vivienda (cuota y/o arriendo):		
Comisiones u Honorarios:		Gastos de Sostentamiento:		
Otros Ingresos:		Deducciones de nómina:		
Describe Otros Ingresos:		Obligaciones Financieras:		
Total Ingresos:		Total Egresos:		

REFERENCIAS

NOMBRE COMPLETO (1) Primer Apellido Segundo Apellido Nombres	FAMILIAR		
	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
NOMBRE COMPLETO (2) Primer Apellido Segundo Apellido Nombres	PERSONAL		
	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

FORMA DE DESEMBOLSO

TRANSFERENCIA ELECTÓNICA

ENTIDAD	Nombre	TIPO DE CUENTA		NÚMERO DE CUENTA	VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)
		<input type="checkbox"/> Ahorros	<input type="checkbox"/> Corriente		

CHEQUE DE GERENCIA

Cheque N° 1						
BENEFICIARIO (1)	<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Jurídica	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Razón Social
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO		NÚMERO		VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)	
	<input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/> NIT			
Cheque N° 2						
BENEFICIARIO (2)	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Natural	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Jurídica	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Razón Social
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO		NÚMERO		VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)	
	<input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/> NIT			
Cheque N° 3						
BENEFICIARIO (3)	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Natural	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Jurídica	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Razón Social
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO		NÚMERO		VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)	
	<input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/> NIT			
Cheque N° 4						
BENEFICIARIO (4)	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Natural	<input type="checkbox"/> Tercero Persona Jurídica	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Razón Social
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO		NÚMERO		VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)	
	<input type="checkbox"/> Cédula Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Cédula Extranjería	<input type="checkbox"/> NIT			

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo(amos) de manera expresa, permanente e Irrevocable:

A FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, reporte o consulte ante la central de información de la Asociación Bancaria y Entidades Financieras, Comerciales y de cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, el otorgamiento, extinción de obligaciones directas e indirectas contraídas o que llegue a contraer con el sector financiero o real, fruto de aperturas de créditos, cobranzas, contratos, procesos o cualquier otra relación comercial. Esta autorización comprende la información presente y pasada referente al cumplimiento y manejo de los compromisos adquiridos por la entidad y/o subordinados. Acepto(amos) que los registros permanezcan por los términos previstos en los reglamentos de las respectivas centrales de información.

A FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS debitar, deducir, retener o cargar irrevocablemente de cualquiera de mis cuentas de depósito o fondos, todas las comisiones, honorarios, gastos e impuestos que cause el perfeccionamiento de estas operaciones, lo mismo que sus intereses y capital.

Al pagador de la empresa _____ para que descuente del ingreso salarial, mesada Pensional ó compensación (CTA), o de cualquier pago realizado, las cuotas generadas por esta obligación, de acuerdo con la relación, cuantía y plazo que para tal efecto FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS le presente. y para que el saldo de mi obligación sea cubierto con la liquidación de las prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones o con cualquier cantidad de dinero que se genere a mi(nuestro) favor.

De manera amplia, suficiente e irrevocable al Banco _____, para debitar de la cuenta de: ___ Ahorros / ___ Corriente No. _____, / o cualquiera que posea con éste, el valor de las obligaciones adquiridas con FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS, acreditándolo en la cuenta de ahorros ó corriente que para tal efecto tenga dispuesta el Fondo.

Para que en mi (nuestro) nombre diligencie todos los documentos que hacen parte de esta solicitud de crédito, a _____ en su calidad de _____, debido a que _____ A FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS para que consulte, indague, investigue o verifique la información aquí suministrada.

Declaro(amos) que:

La información suministrada es clara, pertinente, oportuna y veraz, por lo que puede ser verificada

Conozco (cemos) y acepto (amos) el Reglamento de Crédito y Cobranza vigente de FEMPHA

Conozco (cemos) y acepto (amos) los términos vigentes y aplicables a la presente solicitud, de la Póliza de Vida Grupo Deudores.

En caso de ser mi pagador el Fondo de Pensiones _____, me obligo a pagar oportunamente las cuotas no descontadas inicialmente por éstos, en tanto se formaliza su trámite.

Comprendo (emos) en su totalidad el contenido de este documento, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones

La información y documentación aportada a la solicitud de crédito es veraz, exacta y actualizada. En caso de que no lo sea, entiendo los alcances e implicaciones de orden legal y estatutario, que se puedan derivar de los hechos de inexactitud e inconsistencias que determine FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS, y por las cuales inicie las acciones que estime conducentes. En caso de incumplimiento de mi (nuestra) parte, Autorizo a FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS, para que agilice el cobro total de la obligación, de acuerdo a las normas legales vigentes.

Autorizo el envío de información a través de SMS al número celular registrado en FEMPHA

¿Tiene(n) usted(es) parentesco, dentro del segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos), segundo de afinidad (suegros, yernos, nueras, padrastros, hijastros, abuelos del cónyuge, cónyuges de los nietos, cuñados, hermanastros, abuelastros, nietastros) y primero civil (hijos adoptantes y cónyuge), o unión marital de hecho con alguno de los miembros de la junta directiva y/o funcionarios de nivel directivo de Fempha Fondo de empleados o con sus cónyuges?

Si ___ No ___ (En caso de no señalar alguna opción, se entenderá que la respuesta es negativa).

En caso afirmativo, especifique nombre y/o cargo:

Declaración de Preexistencias

Declaro que al momento de la firma de este documento no presento ninguna de las siguientes patologías:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ENFERMEDAD DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 2. PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA INFERIOR A UN MES | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 3. INEFICACIA COMPROBADA DE LOS TRATAMIENTOS | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 4. PÉRDIDA DE LA ESPERANZA DE RECUPERACIÓN | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

Fempha manifiesta que:

La información suministrada por quien(es) suscribe(n) este documento tiene el carácter de confidencial y únicamente se dispondrá de ella en los términos de Ley.

Los créditos quedan sujetos a la disponibilidad de recursos que tenga FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS. Igualmente, el Fondo se reserva el derecho de aprobar o improbar solicitudes de créditos sometidos a consideración de los organismos competentes y a su consulta a las centrales de información financiera.

El seguro de cartera está sujeto a modificaciones en caso que la compañía aseguradora con la renovación anual así lo exija.

FIRMA Y HUELLA	DEUDOR PRINCIPAL			DEUDOR SOLIDARIO		
	Firma			Firma		

PARA USO EXCLUSIVO DE FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS

RECIBIDO POR:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Firma	FECHA	DD	MM	AAAA
REVISADO POR:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Firma	FECHA	DD	MM	AAAA