



FONDO DE EMPLEADOS INCAUCA



VERSIÓN: 3
FECHA: Agosto 2026

SOLICITUD DE CRÉDITO No.

FECHA DE SOLICITUD

DÍA _____ MES _____ AÑO _____

LINEA DE CRÉDITO:

LIBRE INVERSIÓN

UNIFICACION

OTRO especifique

GARANTÍA:

APORTES

CODEUDORES

AFIANZADORA

HIPOTECA

PIGNORACIÓN

DATOS PERSONALES

APELLIDOS

NOMBRES

PRÓXIMO A PENSIÓN

SI ☐ NO ☐

TIPO y No. IDENTIFICACIÓN

LUGAR DE EXPEDICIÓN

DIRECCIÓN

BARRIO

CIUDAD

CORREO ELÉCTRICO

No. CELULAR

INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA:

SALARIO MENSUAL:

\$

SECCIÓN DONDE LABORA:

JEFE INMEDIATO:

FECHA INGRESO A LA EMPRESA

CARGO QUE DESEMPEÑA

No. FICHA

No. EXTENSIÓN

Día _____ Mes _____ Año _____

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DATOS PARA EL CRÉDITO

VALOR SOLICITADO:

PLAZO EN MESES

TASA DE INTERES

CUOTA CRÉDITO

\$

\$

OBSERVACIONES:

INFORMACIÓN CODEUDORES

CODEUDOR 1

CODEUDOR 2

NOMBRES Y APELLIDOS

No. CÉDULA

NOMBRES Y APELLIDOS

No. CÉDULA

DIRECCIÓN Y BARRIO

CIUDAD

No. CELULAR

DIRECCIÓN Y BARRIO

CIUDAD

No. CELULAR

EMPRESA

FECHA INGRESO A LA EMPRESA

Día _____ Mes _____ Año _____

No. FICHA

EMPRESA

FECHA INGRESO A LA EMPRESA

Día _____ Mes _____ Año _____

No. FICHA

ASOCIADO

SI _____ NO _____

FECHA INGRESO AL FIC

Día _____ Mes _____ Año _____

SALARIO MENSUAL

\$

ASOCIADO

SI _____ NO _____

FECHA INGRESO AL FIC

Día _____ Mes _____ Año _____

SALARIO MENSUAL

\$

CARGO

SECCIÓN

CARGO

SECCIÓN

TOTAL APORTES

\$

TOTAL DEUDA

\$

TOTAL APORTES

\$

TOTAL DEUDA

\$

AUTORIZACIONES

CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO

Autorizo expresa e irrevocablemente, con carácter permanente a FIC, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, consulte, procese, reporte, divulgue, solicite, rectifique y actualice, ante la Central de Información de la Asociación Bancaria y demás entidades financieras, comerciales y a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, la información relacionada con mi nombre, comportamiento comercial, hábitos de pago, manejo de crédito, saldo y tiempo de mora en el pago de mis obligaciones, que directa o indirectamente, tenga contraídas o vigentes hasta tal extinción de las mismas y después de ello durante el plazo máximo que, para efecto, autorice la ley.

DESCUENTOS POR NÓMINA

Autorizo expresamente al pagador de la respectiva entidad para que sea descontado de mi salario, compensaciones fijas y variables, prestaciones sociales y bonificaciones por cualquier concepto, el valor correspondiente a las cuotas de las diferentes modalidades de créditos y servicios adquiridos con FIC. De igual forma autorizo, para que en caso de retiro o desvinculación como empleado o trabajador asociado de mi entidad pagadora, se descuente de la liquidación definitiva de contrato o acuerdo cooperativo, el saldo existente en mis obligaciones en el Fondo de Empleados o hasta el monto que alcance a cubrir.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Para efectos del crédito que solicito, declaro que gozo de buena salud , que no padezco ni he padecido de ninguna enfermedad infecto contagiosa, degenerativa o crónica de caracter cardiaco,celular,dermatológico, digestivo, endocrino, genético, genital, hematológico, hepático, hereditario, inmunológico, linfático, músculo-esqueletico, neurológico, psiquiátrico, pulmonar, renal, urológico, vascular,HIV - Sida, hipertensión arterial, cáncer, tumores, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado. No sufro ni he sufrido de adicciones o vicios que puedan incidir sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos ni intervenciones quirúrgicas relacionadas con las enfermedades anteriormente mencionadas.

Nota: En caso de padecer o haber padecido algunas de las enfermedades mencionadas u otras diferentes, escriba la información correspondiente:

AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO DE CRÉDITO

Autorizo a FIC que el dinero producto de la aprobación de ésta solicitud de crédito, sea girado a:

Mi nombre
A un tercero

No. DE CUENTA BANCARIA

AHORRO

CORRIENTE

BANCO

A NOMBRE DE

No DE CÉDULA

DATOS DEL TERCERO

TIPO y No. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO

DIRECCIÓN

CIUDAD

TELÉFONO

ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1. Certifico que toda la información suministrada es verídica, exacta y me obligo a mantenerla actualizada, por lo cual me comprometo a reportar, por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado, respecto a la información aquí contenida, por lo que autorizo irrevocablemente a FIC para verificarla.

2. Autorizo a FIC para que en caso de que la solicitud sea negada, destruya los documentos aportados, siendo, por ende, FIC responsable de tal destrucción.

FIRMAS

NOMBRE COMPLETO DEUDOR PRINCIPAL

NOMBRE COMPLETO CODEUDOR 1

NOMBRE COMPLETO CODEUDOR 2

FIRMA Y C.C.

FIRMA Y C.C.

FIRMA Y C.C.

EVALUACIÓN DEL CRÉDITO — ESPACIO EXCLUSIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS**JUNTA DIRECTIVA**

FIRMA	VALOR APROBADO	OBSERVACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		
	\$		

GERENCIA

FIRMA	VALOR APROBADO	OBSERVACIÓN	FECHA DE APROBACIÓN
	\$		

RECIBIDO POR:

FECHA DE RECIBIDO:

APROBADO SEGÚN ACTA No.