

FORMATOS DE CRÉDITO REESTRUCTURACIÓN

Se trata de agrupar en una sola obligación varias deudas que se tengan con el FONDO DE EMPLEADOS.

REQUISITOS

- Formato de crédito.
- Formato de póliza.
- Fotocopia de cedula.
- Últimos dos desprendibles.

Si necesitas uno o dos codeudores, ellos deben llevar:

- Fotocopia de cedula de cada uno.
- Últimos dos desprendibles de cada uno.

**PREGUNTA POR
LA PÓLIZA**



**Fondo de empleados
Incauca**

APLICA TYC.

FORMATO DE CRÉDITO REESTRUCTURACIÓN

¿COMO DILIGENCIAR?

Fecha del día

APPELLIDOS Y NOMBRE

Número de documento legible

Salario

Marcar una "X" reestructuración

ESPACIO PARA CODEUDOR 1

ESPACIO PARA CODEUDOR 2

Marcar una "X"

Ficha y extensión

Plazo del crédito

Valor a solicitar

Dirección completa

EN ESTE ESPACIO INFORMAR QUE CRÉDITOS DESEA RECOGER.

NO DILIGENCIAR

NO DILIGENCIAR

NO DILIGENCIAR

DILIGENCIAR

CONSULTO:

fic
Fondo de empleados Incauca

FONDO DE EMPLEADOS DE INCAUCA

SOLICITUD DE CRÉDITO No.

FECHA DE SOLICITUD
DÍA ____ MES ____ AÑO ____

DATOS PERSONALES

APELLIDOS _____ NOMBRES _____ PRÓXIMO A PENSIÓN
SI NO

No. CÉDULA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN _____ DIRECCIÓN **Dirección completa** BARRIO _____ CIUDAD _____ NO. CELULAR _____

INFORMACIÓN LABORAL

EMPRESA _____ SECCIÓN DONDE LABORA _____ JEFE INMEDIATO _____

FECHA INGRESO A LA EMPRESA DÍA ____ MES ____ AÑO ____ CARGO QUE DESEMPEÑA _____ No. FICHA _____ No. EXTENSIÓN _____

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DATOS PARA EL CRÉDITO

SALARIO BÁSICO MENSUAL \$ _____ VALOR SOLICITADO **Valor a solicitar** PLAZO EN MESES _____

LÍNEA DE CRÉDITO INTERÉS OBSERVACIONES

LIBREINVERSIÓN ()

REESTRUCTURACIÓN ()

OTRO ()

INFORMACIÓN CODEUDORES

CODEUDOR 1

NOMBRES Y APELLIDOS _____

EMPRESA _____ SECCIÓN DONDE LABORA _____ FECHA INGRESO EMPRESA DÍA ____ MES ____ AÑO ____

No. FICHA _____ SALARIO BÁSICO MENSUAL \$ _____ CARGO _____

No. DE CÉDULA _____ ASOCIADO SI ____ NO ____ FECHA INGRESO FONDO EMPL. DÍA ____ MES ____ AÑO ____

TOTAL APORTES \$ _____ TOTAL DEUDA \$ _____

INFORMACIÓN RESIDENCIA

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ NO. CELULAR _____

CODEUDOR 2

NOMBRES Y APELLIDOS _____

EMPRESA _____ SECCIÓN DONDE LABORA _____ FECHA INGRESO EMPRESA DÍA ____ MES ____ AÑO ____

No. FICHA _____ SALARIO BÁSICO MENSUAL \$ _____ CARGO _____

No. DE CÉDULA _____ ASOCIADO SI ____ NO ____ FECHA INGRESO FONDO EMPL. DÍA ____ MES ____ AÑO ____

TOTAL APORTES \$ _____ TOTAL DEUDA \$ _____

INFORMACIÓN RESIDENCIA

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ NO. CELULAR _____

NOTA: LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES DILIGENCIADA POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS DE INCAUCA

VERIFICACIÓN DE GARANTÍAS

APORTES Y AHORROS \$ _____ OTRO: _____

HIPOTECA AVALÚO COMERCIAL \$ _____ DE FECHA: _____ ACEPTADA: SI () NO ()

PIGNORACIÓN AVALÚO COMERCIAL \$ _____ DE FECHA: _____ ACEPTADA: SI () NO ()

ESTUDIO DEL CRÉDITO

ESTADO DE CUENTA

AHORRO	CUPO DISPONIBLE	% DESCUENTO	CUOTA NUEVO CRÉDITO
APORTES SOCIALES \$ _____	CRÉDITO NORMAL \$ _____		\$ _____
AHORRO PERMANENTE \$ _____	REESTRUCTURANDO \$ _____	QUINCENAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/>	
TOTAL AHORROS \$ _____	TOTAL DEUDA \$ _____	DESEMBOLSO \$ _____	

OBSERVACIONES DE LA CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO:

OBLIGACIONES EXTERNAS COMO PRINCIPAL: \$ _____	Cuota \$ _____	AL DÍA	MORA	CASTIGADA
OBLIGACIONES EXTERNAS COMO CODEUDOR: \$ _____	Cuota \$ _____	AL DÍA	MORA	CASTIGADA

LADO 1

APLICA TYC.

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.			
Autorizo a FIC que el dinero producto de la aprobación de ésta solicitud de crédito, sea girado a: Mi nombre <input type="checkbox"/> A un tercero <input type="checkbox"/>			
La Cuenta No. _____ Ahorros _____ Corriente _____ Banco _____			
A nombre de _____ Cédula de Ciudadanía No. Documento			
DATOS DEL TERCERO			
Nombre Completo:		C.C. No.	
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 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
	\$		
			APROBADO SEGÚN ACTA No.

Información financiera

Nombre completo Firma del asociado, como está en su documento.

NO DILIGENCIAR

LADO 2

APLICA TYC.