



SOLICITUD DE CRÉDITO

RADICACIÓN

CIUDAD _____ FECHA _____

DEUDOR

NOMBRES Y APELLIDOS _____ C.C. No _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ BARRIO _____

TEL CASA _____ TEL CEL PERSONAL _____ TEL CEL EMPRESA _____

EMPRESA _____ SALARIO MENSUAL _____ TIPO DE CONTRATO _____

DEUDOR SOLIDARIO

Asociado ()

No Asociado () ***

NOMBRES Y APELLIDOS _____ C.C. No _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____ BARRIO _____

TEL CASA _____ TEL CEL PERSONAL _____ TEL CEL EMPRESA _____

EMPRESA _____ SALARIO MENSUAL _____ TIPO DE CONTRATO _____

CARACTERISTICAS DEL PRESTAMO

LINEA DE CREDITO: _____ DESTINO _____

VALOR SOLICITADO: _____ PLAZO (MESES) _____ INTERES (%) _____

1. ABONO EN CUENTA: En caso de ser aprobado autorizo desembolsar el valor del préstamo a la cuenta de nómina No. _____ Entidad _____.

2. Manifestamos conocer y acatar el Reglamento de Crédito, y aceptamos las condiciones financieras presentadas en la preliquidación de este préstamo.

3. AUTORIZACION DE DESCUENTO: Autorizo(amos) irrevocablemente a la EMPRESA para que de mis(nuestros) pagos de salario sea descontado el valor quincenal como cuota de este préstamo hasta completar el valor solicitado más el valor de los intereses y seguros correspondientes, y a su vez sea girado a FEROLDAN; igualmente en forma incondicional y solidaria con mi(s) deudor(es) solidario(s) para que en caso de retiro de la EMPRESA por cualquier motivo y antes de haber cancelado totalmente este préstamo, proceda a descontar de mi(nuestros) salario(s) y/o prestaciones sociales, indemnizaciones y cualquier otro pago laboral a que tenga derecho, mi (nuestras) obligación(es) y entregarlo a FEROLDAN.

4. Como constancia y respaldo de esta deuda se firma pagaré en blanco y su respectiva carta de instrucciones.

5. Acepto(amos) que los desembolsos de los préstamos estén condicionados a la capacidad económica de FEROLDAN y que la recepción de este formulario no implica compromiso para la aprobación del préstamo.

6. Declaro que si ___ (anexo explicación), no ___ sufro de enfermedades congénitas o afecciones tales como cardiovasculares, sida, hipertensión arterial, cáncer, ni diabetes y en la actualidad no sufro enfermedades quirúrgicas en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma causal o consecuencial, ni padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi salud, no he padecido de tumores de seno o matriz (mujeres). 2. tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. 3. tengo conocimiento de que el seguro se expide en consideración a la veracidad de estas declaraciones; que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, esta queda viciada de nulidad y que se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud o profesión en el momento de aceptarse el seguro (artículos 1058 y 1158 del código de comercio). Así mismo, expresamente autorizo a los médicos e instituciones que me han atendido para que suministren aun después de mi fallecimiento las historias clínicas pertinentes.

7. Autorizo(amos) permanente e irrevocablemente a FEROLDAN para que consulte, procese, reporte, suministre, retire y actualice mis(nuestros) datos personales o cualquier otra información que se obtenga en virtud de mi(nuestro) comportamiento como deudor(es) con FEROLDAN a la Central de Información Financiera con que tenga convenio el Fondo.

FIRMA DEUDOR

C.C. _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

C.C. _____

FER - 20191129

ANEXOS:

- Copia del último desprendible de pago de nómina.
- Pagaré y Carta de Instrucciones.....Deudor _____ ó
- Pagaré y Carta de Instrucciones.....Deudor y deudor(es) solidario(s) _____

AUTORIZACIONES a FEROLDAN

Descontar saldos vigentes de las siguientes líneas de crédito: _____

Pignorar Prima hasta por: _____

Autorizo pago al proveedor: _____

Otras Autorizaciones: _____

Firma Asociado

Espacio reservado para uso de FEROLDAN

Fecha: _____ Aprobado _____ Aplazado _____ Negado _____

Comité de Crédito: _____ Comité de Vivienda: _____ Junta Directiva: _____

Firmas Autorizadas _____

Observaciones _____

FEROLDAN Nit. 800.089.237-3

www.feroldan.com

Pbx 404 2904 Ext. 2202/2201/2200, **Celular** 315 3273984
feroldan_gerencia@roldanlogistica.com / feroldan2@roldanlogistica.com
feroldan@roldanlogistica.com

Dirección Carrera 100 No.25 B 40, Bogotá, D.C.
Cuenta de ahorros Banco AV Villas No.039161310, a nombre de FEROLDAN.

Porque en el Fondo... somos la solución!