

# FONDO DE EMPLEADOS - FONDAL



SOLICITUD DE CRÉDITO NO. \_\_\_\_\_

EMPRESA USUARIA \_\_\_\_\_

**DILIGENCIE ESTE FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA - EL ENVÍO DEL MISMO NO IMPLICA APROBACIÓN Y USTED COMO SOLICITANTE DEBERÁ CONSULTAR EL ESTADO DE LA SOLICITUD**

FECHA DE SOLICITUD	DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____	CECULA	_____
NOMBRES Y APELLIDOS	_____		
FECHA DE INGRESO	DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____	SALARIO	_____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	_____		
TELÉFONO FIJO Y CELULAR	_____	E-MAIL	_____
VALOR SOLICITADO (Este valor no podrá ser inferior a \$300.000.00)	\$ _____ EN LETRAS ( _____ )	CUOTAS EXTRAS: SI ( <input type="checkbox"/> ) VALOR (\$ _____ ) CUOTAS EXTRAS: NO ( <input type="checkbox"/> ) RECOGE CRÉDITOS ANTERIORES SI ( <input type="checkbox"/> ) VALOR (\$ _____ ) RECOGE CRÉDITOS ANTERIORES NO ( <input type="checkbox"/> )	
PLAZO DE PAGO	MESES : _____		
NUMERO DE CUENTA:	BANCO _____ AHORROS ( <input type="checkbox"/> ) CORRIENTE ( <input type="checkbox"/> )	<b>TIPO DE CRÉDITO:</b> ORDINARIO ( <input type="checkbox"/> ) EXTRAORDINARIO ( <input type="checkbox"/> ) CALAMIDAD ( <input type="checkbox"/> ) CONVENIOS ( <input type="checkbox"/> )	

## CERTIFICACIÓN

CERTIFICO QUE ANTES DE ENVIAR ESTA SOLICITUD REVISE EL REGLAMENTO DE CRÉDITOS, LOS ESTATUTOS, EL PAGARE. LA CARTA DE INSTRUCCIONES DE PAGARE Y LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, RECIBÍ INFORMACIÓN SOBRE MI ESTADO DE CUENTA, CONOCÍ LA TASA DE AMORTIZACIÓN Y SE QUE LA CUOTA FIJA MENSUAL ME SERA DESCONTADA DE MI NOMINA PARA EL PAGO DEL CRÉDITO QUE ESTOY SOLICITANDO, ASÍ MISMO DECLARO QUE EL COSTO DE DESEMBOLSO DE MI CRÉDITO SERA DEL 1% DEL VALOR SOLICITADO, QUE CORRESPONDE A GASTOS BANCARIOS Y ADMINISTRATIVOS DEL MISMO.

## REFERENCIA FAMILIAR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONOS \_\_\_\_\_

## REFERENCIA PERSONAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONOS \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRES Y APELLIDOS	_____	C.C.	_____
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	_____	TELÉFONO	_____
EMPRESA USUARIA	_____	FECHA DE INGRESO	DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____
CARGO	_____	SALARIO	_____
TERMINO DE CONTRATO	_____	PROMEDIO HORAS EXTRAS	\$ _____
CRÉDITOS CON EL FONDO	SI ( <input type="checkbox"/> ) VALOR \$ _____ NO ( <input type="checkbox"/> )	PROMEDIO PRESTACIONES	\$ _____

Una vez aprobado el Valor solicitado en el Crédito de acuerdo al cumplimiento de las Políticas del Reglamento de Crédito, Estatutos y el debido diligenciamiento del formulario, el valor aprobado será consignado en la cuenta de Nomina del asociado y será abonado con el pago de la Nómina ó después 6:00 pm del día hábil siguiente a la recepción de este documento en las oficinas del Fondo de Empleados, indiferente al medio de envío asumiendo el costo de la transferencia.

FIRMA DEL ASOCIADO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ HUELLA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL CODEUDOR \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ HUELLA \_\_\_\_\_

Por favor enviar este formulario por uno de los siguientes medios:

- 1) Diligenciarlo, firmarlo, escanearlo y enviarlo como anexo al correo [fondal@aliadoslaborales.com.co](mailto:fondal@aliadoslaborales.com.co)
- 2) Entregar en las oficinas de Aliados laborales Transversal 21 No. 87-22 Barrio el Polo.
- 3) Entregar en la oficina de Recursos Humanos de su empresa.

**Solicitud recibida sin firma y huella del solicitante, se entenderá como no presentada.**

## ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO SOLO POR EL FONDO DE EMPLEADOS

VALOR APROBADO	\$ _____	APROBADO POR ANALISTA	_____
PLAZO DE PAGO	MESES _____	Vo. Bo. Pagaduría	_____
VALOR DE LA CUOTA	\$ _____	IMPUESTO BANCARIO	\$ _____
INTERESES	\$ _____	FECHA DE PAGO	DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____
		VALOR CONSIGNADO	\$ _____

Carrera 21 No. 87-22 – PBX 7498332 – [fondal@aliadoslaborales.com.co](mailto:fondal@aliadoslaborales.com.co) - [www.aliadoslaborales.com.co](http://www.aliadoslaborales.com.co) - BOGOTÁ D.C.