FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA
FONDOLÍMPICA

FONDOLÍMPICA
NIT. 890.115.231-9

SOLICITUD DE CRÉDITO **No.** FECHA RADICACIÓN: _____

CIUDAD Y FECHA _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ C. C.# _____

EMPRESA: _____ NEGOCIO: _____

CARGO: _____ SUELDO $ _____

VALOR SOLICITADO: $ _____ CUOTA MENSUAL SUGERIDA: $ _____

MOTIVO PRÉSTAMO: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____

TEL. RESIDENCIA: _____ CEL.: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

CIUDAD: _____ VIVIENDA FAMILIAR? _____ ARRENDADA? _____ VALOR ARRIENDO: $ _____

VIVIENDA PROPIA? _____ MATRÍCULA INMOBILIARIA _____ ESTÁ HIPOTECADA? _____

A FAVOR DE _____ VALOR COMERCIAL $ _____

TIENE VEHÍCULO? _____ TIPO _____ MARCA _____ MODELO _____ PLACA _____

VALOR COMERCIAL $ _____ ESTÁ PIGNORADO? _____ A FAVOR DE _____

SUS CESANTÍAS A LA FECHA SON $ _____ TIENE CODEUDOR(ES) EN EL FONDO? _____

SU(S) NOMBRES ES(SON): _____

NOMBRE DE SU CÓNYUGE O COMPAÑERO(A): _____

EMPRESA DONDE LABORA EL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A): _____ INGRESO MENSUAL: $ _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)): _____

OTRO FAMILIAR PARA CONTACTAR EN CASO REQUERIDO: _____

PARENTESCO: _____ DIRECCIÓN Y TELÉFONO: _____

¿ESTÁ TRAMITANDO ABONO 30% AHORRO PERMANENTE?: _____

OBSERVACIONES: _____

_____

Autorizo expresamente a la Empresa en la cual me encuentro empleado, para que me descuente de mi salario este préstamo, así como la prima del Seguro de Vida Deudores que ampara éste y los demás préstamos contraídos por mí. La autorizo, así mismo, para que compense, una vez terminado mi contrato de trabajo por cualquier causa, el saldo insoluto del préstamo con cualquier suma de dinero que me pueda corresponder como liquidación final de prestaciones sociales, salarios, descansos, indemnizaciones y en general, de toda acreencia laboral a mi favor, de conformidad con lo dispuesto para tal evento en los artículos 59 numeral 1°, 149inciso 1° del Código Sustantivo de Trabajo y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.

_____

FIRMA ASOCIADO
C.C. #

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL FONDO DE EMPLEADOS

40% SUELDO	$ _____	**APORTES + AHORROS**	$ _____
DESCUENTOS	$ _____	**CDATs**	$ _____
CAPACIDAD DE PAGO	$ _____	**TOTAL DEUDAS**	$ _____
		DISPONIBLE	$ _____

CONCEPTO DEL GERENTE: _____

_____

_____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITE DE CRÉDITO:

FECHA: _____

APROBADO _____ **VALOR $** _____ **NEGADO** _____ **APLAZADO** _____

PLAZO _____ **CUOTA MENSUAL:** _____ **TASA:** _____ **%**

GARANTÍA: PAGARE _____ **PIGNORACIÓN CESANTÍAS** _____ **CODEUDOR** _____ **HIPOTECA PRIMER GRADO** _____

PIGNORACIÓN VEHICULO _____ **OBSERVACIONES** _____

FIRMA MIEMBROS DEL COMITE

_____ _____ _____

_____ _____ _____

ALUMAR 3562393

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACION

De conformidad con la normatividad vigente sobre la materia, por medio de la presente autorizo(amos) de manera permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos, de control, análisis de riesgo, supervisión y de información comercial a otras entidades, el FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA, quien éste delegue o a quien eventualmente hubiere cedido sus derechos y ostente la misma posición contractual, reporte a la Central de Información de la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia y/o a cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción de obligaciones contraídas o que llegue(mos) a contraer, fruto de contratos con el FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA o sus subordinados, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente y, en especial, el manejo de los créditos, la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de servicios o cualquier otra información que se obtenga en virtud de la relación establecida con el FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA. La presente autorización faculta además al FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA para que pueda solicitar información sobre mis (nuestras) relaciones comerciales de cualquiera de las mencionadas entidades. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en las cuales se consignarán de manera completa todos los datos referentes a mi (nuestro) actual y pasado comportamiento frente al sector solidario, comercial y/o financiero.

Me(nos) encuentro(amos) facultado(s) para conocer en todo momento la información de la que soy (somos) titular(es) y para solicitar en todo momento su rectificación o actualización, en caso de que haya lugar a ello.

SOLICITUD DE SEGURO Y DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

Para efectos de que obre dentro del Seguro de Vida Grupo Deudores contratado por el FONDO DE EMPLEADOS OLÍMPICA., declaro que lo anotado en esta declaración es verídico; que mi estado de salud es normal, que no padezco ni he padecido de enfermedades tales como cardiovasculares, cerebrovasculares, trastornos renales, enfermedades congénitas, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, trastornos inmunológicos, HIV o sida. En la actualidad no sufro enfermedades crónicas, afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud y no he sido sometido ni me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma consecuencial. No tengo antecedentes legales, tanto mis actividades como mi ocupación o profesión son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales; tengo conocimiento de que cualquier falta a la veracidad en esta declaración es causal de nulidad de este seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio). Autorizo a los médicos, hospitales o instituciones de salud, para que antes o después de mi fallecimiento suministren a la compañía aseguradora todos los datos que posean sobre mi salud, adquiridos cuando fui atendido.

En constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los _____ días del

mes de _____ de _____ en la ciudad de _____.

_____

FIRMA
C.C.#