


Todos los campos deben estar diligenciados, de lo contrario no será autorizado su crédito

	SOLICITUD DE CRÉDITO	Versión: 11 Aprobado: 05/05/2022 Página 1 de 1
Fecha de diligenciamiento: DD/MM/AAAA		
INFORMACIÓN DEL ASOCIADO		
Nombre del asociado:		Cédula:
Teléfono fijo:		Dirección:
Municipio:		Departamento:
Correo electrónico:		
INFORMACIÓN FINANCIERA		
Si ejerce otra actividad económica indíquela		Otros ingresos mensuales (Salario variable, arrendamientos, comisiones, honorarios, otros negocios)
Venta de revistas, arreglo de uñas, postres y otros		\$ Lo que gana con la anterior actividad, arriendo, comisiones
Egresos mensuales (Total gastos familiares, arrendamiento, cuotas de créditos, otros gastos)		Total activos (Ahorro, inversiones, propiedad raíz, vehículos, otros activos)
\$ Suma de los GASTOS MENSUALES		\$ Lo que tenga a su nombre
		\$ Suma de todas sus DEUDAS
LÍNEA DE CRÉDITO A SOLICITAR		
Libre Inversión:	Credi-fácil:	Convenio:
Vacacional:	Educativo:	Vivienda:
Vehículo:	Moto:	C. Cartera:
Emprendimiento:	Póliza:	Impuestos:
		Salud:
		Garantía Real:
¿Está próximo a salir a vacaciones? Indique SI o NO Si su respuesta es positiva indique la fecha:		
Nota: Autorizo descontar por anticipado, durante el tiempo que permanezca en vacaciones o licencias el valor de las cuotas de ahorro y créditos que adeude. En caso de mora en cuotas por NO descuento anticipado durante las vacaciones o licencia autorizo descontarlas en el periodo posterior a mi reintegro laboral.		
Valor:	Plazo Quincenal:	Autoriza el desembolso a: *
		Desembolso: (Retiro APP)
		Cuenta bancaria:
Banco:	Tipo de cuenta:	N° de cuenta:
REFERENCIAS		
	FAMILIAR	PERSONAL
Nombres y apellidos:		
Parentesco:		
Téfonos de residencia:		
Celular:		
Autorización, deducción, consulta y reporte en centrales de información		
• Autorizo a la empresa con la cual tengo un contrato de trabajo y que genera el vínculo común de asociación con Femfuturo, para descontar por nómina en los periodos establecidos, las deducciones correspondientes a la cuota del crédito que me fue concedido. De igual forma autorizo descontar de mis prestaciones sociales en caso de terminación del contrato el saldo necesario para la cancelación de la deuda con Femfuturo. Autorizo el envío de información referente al crédito a través de correo electrónico, dirección de correspondencia y mensaje de texto		
• Autorizo a Femfuturo o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información financiera, que administra la asociación bancaria y de entidades financieras de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento comercial y financiero. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual y pasado comportamiento frente al sector financiero y en general frente al cumplimiento de mis obligaciones.		
• Autorizo que mis ahorros queden afectados a favor de Femfuturo como garantía de mis obligaciones crediticias y en caso de mora o incumplimiento de mis pagos, hacer uso de este dinero para compensar los saldos adeudados		
* Autorizo que Los créditos aprobados en la línea de convenio sean consignados/pagados al proveedor al cual se le realiza la compra del servicio o producto.		
• Autorizo que el plan de pagos y todas las condiciones que resulten relevantes y necesarias del crédito, sean enviados al correo electrónico para facilitar la adecuada comprensión del alcance de los derechos y obligaciones del su acreedor SI ____ NO ____ Indique con una (x) SI o NO		
DECLARACION DE CONDICIONES DE SALUD		
Lea las siguientes enfermedades y responda: Lupus; Psoriasis; Esclerosis; S. de Sjogren; VIH; Sida; Artritis Rematoidea; Hipertensión Arterial; Insuficiencia Cardíaca; Bloqueos cardíacos; Arritmias; Diabetes Mellitus; Anemia; Hemofilia; EPOC; Asma; Fibrosis Pulmonar; Oxigenodependencia; Cáncer; Enfermedades Valvulares; Enfermedades Aterosclerótica del corazón; ACV; Aneurimas cerebrales; Trauma Medular; Parkinson; Guillen Barre; Esclerosis Múltiple; Depresión; Ansiedad; Esquizofrenia; Trastorno Bipolar; Glaucoma; Cataratas; Desprendimiento de retina; Ceguera; Hipoacusia; Disfonía Crónica; Insuficiencia Renal; Hepatitis B, C o Delta; Cirrosis; Síndrome Mental Orgánico; Trastornos de discos vertebrales		
¿Sufre o ha sufrido alguna de las enfermedades expuestas anteriormente? SI ____ NO ____ Indique con una (x) SI o NO		
Certifico que Femfuturo me ha dado a conocer el reglamento de ahorro y crédito y la política de protección de datos personales, los cuales he leído y comprendido, además se me notificó que estos se encuentran disponibles en la página: www.femfuturo.com.co		Recuerde FIRMAR FIRMA DEL ASOCIADO

NINGUNA opción debe quedar en blanco

Indique con una (X) la opción correspondiente a su solicitud

Indique **TODO** para su desembolso

Diligenciar **AMBAS** referencias