

SOLICITUD DE CREDITO			
CIUDAD Y FECHA	CODEUDOR 1		
EMPRESA	EMPRESA		
APELLIDOS Y NOMBRES	IDENTIFICACION		
IDENTIFICACION	DEPENDENCIA		
DEPENDENCIA	CARGO		
CARGO	SUELDO ACTUAL		
LINEA DE CREDITO SOLICITADA	MONTO QUE AVALA \$		
PLAZO	ES ASOCIADO A ESTE FONDO? SI___ NO___ / ES CODEUDOR DE ALGUN ASOCIADO? SI___ NO___		
VALOR SOLICITADO	CODEUDOR 2		
PAGOS EXTRAORDINARIOS	EMPRESA		
SUELDO ACTUAL	IDENTIFICACION		
CUENTA NÓMINA No	DEPENDENCIA		
	CARGO		
	SUELDO ACTUAL		
	MONTO QUE AVALA \$		
TIPO DE CUOTA	FIJA	DECRECIENTE	ES ASOCIADO A ESTE FONDO? SI___ NO___ / ES CODEUDOR DE ALGUN ASOCIADO? SI___ NO___

Autorizo (amos) a REDEBAN MULTICOLOR S.A. y/o empresas adscritas para descontar de mi (nuestro) salario quincenal las cuotas de capital e intereses respectivos y abonarlos al FONDO DE EMPLEADOS DE REDEBAN MULTICOLOR S.A. En caso de mi (nuestro) retiro de la empresa por cualquier causa, autorizo (amos) el descuento del saldo adeudado al FONDO DE EMPLEADOS DE REDEBAN MULTICOLOR S.A. de lo que resulte a mi (nuestro) favor por concepto de salarios, prestaciones, indemnizaciones, vacaciones o cualquier otro. De igual forma autorizo(amos) al FONDO DE EMPLEADOS DE REDEBAN MULTICOLOR S.A. a consultar, reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información financiera CIFIN, a la Empresa en la cual me encuentre laborando o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines; toda la información referente a mi(nuestro) comportamiento financiero y comercial. Lo anterior aplica en caso de mi(nuestro) incumplimiento de mis(nuestras) obligaciones adquiridas con esta solicitud frente al FONDO DE EMPLEADOS DE REDEBAN MULTICOLOR S.A.

Con la suscripción del presente documento, declaramos que entendemos que los montos adeudados al FONDO DE EMPLEADOS REDEBAN MULTICOLOR S.A., como consecuencia de cartera de créditos están asegurados permanentemente mediante póliza debidamente adquirida por el FONDO DE EMPLEADOS REDEBAN MULTICOLOR S.A., por lo cual en caso de fallecimiento del deudor principal se encontrarán cubiertos los montos adeudados a la fecha del deceso una vez efectuados los cruces de los dineros que por aportes sociales, ahorros permanente o cualquier suma a favor del asociado

Declaro (amos) que SI___ NO___ cuento (amos) con la categoría de Persona Expuesta Publicamente, según lo establecido en el Decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEP); en caso de ser afirmativa la respuesta favor indicar el cargo que ocupa /ocupo:_____, fecha de nombramiento:_____, fecha de remoción:_____ actualmente:_____. Adicionalmente declaro que SI___ NO___ Tengo vínculo familiar con: conyuge o compañero permanente, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, cuñados, adoptantes o adoptivos, que cumplan con la condición de P.E.P. En caso de ser afirmativa la respuesta indique el parentesco:_____ Nombre:_____ Identificación:_____

FIRMA DEL SOLICITANTE C.C #				FIRMA DEL CODEUDOR 1 C.C #				FIRMA DEL CODEUDOR 2 C.C #			
PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO DE EMPLEADOS											
PRESTAMOS VIGENTES			FECHA PREST		VALOR CUOT	SALDO	SALDO DESPUES		APORTES TOTALES		
			DD	MM	AA	RESTAM	PRESTAMO	DCTO PROX QNA			
						\$	\$		CUPO TOTAL		
						\$	\$		CUPO DE ESTE CREDITO		
						\$	\$		CAPACIDAD PAGO MES		
						\$	\$		SUELDO POR EL 75%		
									GARANTIA LIBRE		
D	SEGURIDAD SOCIAL					VALOR APROBADO TASA (%)				Vo.Bo	
E	MEDICINA PREPAGADA					\$					
S	APORTE FERM					\$					
C	PREVENCION EXEQUIAL					VALOR A DESCONTAR POR PRESTAMO ANTERIOR				\$	
U	CAPITAL PRESTAMO EXISTENTE					VALOR A CONSIGNAR				\$	
E	INTERES PRESTAMO EXISTENTE					OBSERVACIONES:					
N	CAPITAL PRESTAMO NUEVO										
T	INTERES PRESTAMO NUEVO										
O	OTROS SEG HOGAR										
S	TOTAL DESCUENTOS DE NOMINA										