



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

CIUDAD Y FECHA: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DEL ASOCIADO: _____ CEDULA No _____

DIRECCION RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ TEL. FIJO _____

TEL. CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

EMPRESA DONDE LABORA: _____ TEL. EMPRESA _____ CIUDAD _____

CREDITO SOLICITADO:

LÍNEA: _____ VALOR TOTAL SOLICITADO \$ _____

PARA CANCELARLO EN: _____ MESES CON _____ CUOTAS EXTRAS DE \$ _____ CADA UNA.

VALOR QUE POSEE EN APORTES \$ _____ CRÉDITO QUE RECOGE: _____

REFERENCIA FAMILIAR:

NOMBRE _____ TEL. FIJO: _____ CEL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ BARRIO: _____ CIUDAD _____

ENTIDAD DONDE LABORA: _____ TEL. _____ CIUDAD _____

CORREO ELECTRONICO: _____

CUENTA PARA DESEMBOLSO: BANCO _____ No. _____

Tipo AH ____ CTE ____ NOMBRE DEL TITULAR: _____ CÉDULA No. _____

INFORMACION DE LOS CODEUDORES:

PRIMER CODEUDOR:

NOMBRE: _____ CEDULA No _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ BARRIO: _____ CIUDAD _____

TEL. FIJO: _____ TEL. CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

