

INSTRUCTIVO CREDITOS

SOLICITUD DE CREDITO

La siguiente imagen le permitirá identificar el formulario de solicitud de crédito, previamente debió haber leído o contactado al asesor para determinar que tipo de línea de crédito era la más conveniente para su caso. Recuerde que TODOS los campos deben ser diligenciados según lo indique este instructivo.

1

Identifique el encabezado en cada parte del formulario. En este caso **"SOLICITUD DE CRÉDITO"** si no tiene este título, es un formato antiguo que NO se recibe. Diligencie el día y la fecha.



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL
SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR
Solicitud de crédito

CIUDAD Y FECHA: _____
DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

2

En el encabezado **"DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE"** se deben diligenciar los datos correspondientes a su información personal, también a su sitio de trabajo (hogar infantil, CDI, Sede regional o Centro Zonal), así mismo los teléfonos, ciudad, y la información financiera.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DEL ASOCIADO: _____ CEDULA No _____
DIRECCION RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ TEL. FIJO _____
TEL. CELULAR: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
EMPRESA DONDE LABORA: _____ TEL. EMPRESA _____ CIUDAD _____
VALOR ACTIVOS: _____ VALOR PASIVOS: _____
INGRESOS POR OTRAS ACTIVIDADES: _____ CONCEPTO: _____

Es muy importante llenar los campos con valores reales. El Valor de activos: es la suma de los bienes que usted posea como: inmuebles, vehículos, entre otros. Valor pasivos: aquí se pide el valor total de sus deudas si las tiene. Ingresos por otras actividades: dinero extra que gana por otras actividades diferentes a su trabajo principal. Concepto: La actividad de donde proviene el ingreso extra.



INSTRUCTIVO CREDITOS

SOLICITUD DE CREDITO

3

El siguiente encabezado que encontrará será el de "**CREDITO SOLICITADO**", todos los datos que allí se piden corresponden a la línea, el monto y los plazos del crédito que desea tomar. Si ya sabe los datos de su crédito, diligéncielo. En caso contrario, lea muy bien las líneas de crédito y asesórese al teléfono 5561566 Opc 2. (Déjelo en blanco si no tiene la información).

CREDITO SOLICITADO:

LÍNEA: _____ VALOR TOTAL SOLICITADO \$ _____

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

4

En el encabezado "**REFERENCIA FAMILIAR**" se deben diligenciar los datos correspondientes a un familiar que pueda validar la información que usted ha consignado en el formulario.

REFERENCIA FAMILIAR:

NOMBRE _____ TEL. FIJO: _____ CEL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ BARRIO: _____ CIUDAD _____

ENTIDAD DONDE LABORA: _____ TEL. _____ CIUDAD _____

CORREO ELECTRONICO: _____

5

En el encabezado de "**CUENTA PARA DESEMBOLSO**", es importante escribir muy legible y rectificar la información que se pide, como: El banco donde usted tiene su cuenta (Si se le deposita directamente a usted), No. de la cuenta, Tipo de cuenta AH:Ahorro CTE: Corriente, Nombre del titular y la cédula.

CUENTA PARA DESEMBOLSO: BANCO _____ No. _____

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



INSTRUCTIVO CREDITOS

SOLICITUD DE CREDITO

6

El campo de "INFORMACIÓN DE LOS CODEUDORES", **soló se diligencia si** la asesora del crédito se lo indica, sí no, deje el espacio libre y siga a la última sección.

INFORMACION DE LOS CODEUDORES:

PRIMER CODEUDOR:

NOMBRE: _____ CEDULA No _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ BARRIO: _____ CIUDAD _____

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

EMPRESA DONDE LABORA: _____ TEL. _____ CIUDAD _____

VALOR DE APORTES: \$ _____ SALDO DE CRÉDITOS: \$ _____

SEGUNDO CODEUDOR:

NOMBRE: _____ CEDULA No _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA _____ BARRIO: _____ CIUDAD _____

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

EMPRESA DONDE LABORA: _____ TEL. _____ CIUDAD _____

VALOR DE APORTES: \$ _____ SALDO DE CRÉDITOS: \$ _____

7

Finalmente, lea las clausulas del documento, y firme en el espacio de DEUDOR, coloque su número de cédula.

CLAUSULA ESPECIAL DE ATENCIÓN DE RECLAMOS: "En este momento de ingreso a la póliza "Deudas por Muerte" y "Ahorros Permanentes y Aportes Sociales por Muerte" declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, diabetes, sida, hipertensión arterial, cáncer, alcoholismo, tabaquismo y en general ninguna enfermedad preexistente al inicio de este seguro".

AVISO DE PRIVACIDAD: Con la firma de este documento se autoriza a FEBIFAM para que verifique la información consignada en el mismo y efectúe los procedimientos establecidos en su reglamento de crédito, así como también utilice la misma para su gestión comercial.

FIRMA DEUDOR
C.C.

FIRMA PRIMER CODEUDOR
CC.

FIRMA SEGUNDO CODEUDOR
CC.



INSTRUCTIVO CREDITOS

PAGARE Y CARTA DE INSTRUCCIONES

Identifique el formato con ayuda de esta imagen y solo diligencie lo que se le indica en este instructivo



FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

PAGARE No _____ Ciudad _____, Fecha: _____ de 20__

1

En este documento solo se debe firmar UNA VEZ, colocar el nombre y el número de cédula. Los espacios contenidos en el documento se deben dejar en blanco.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20__.

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
C.C No. _____

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
C.C No. _____

2

Al respaldo se encuentra la "CARTA DE INSTRUCCIONES" identifíquela con el título

CARTA DE INSTRUCCIONES

Ciudad _____, Fecha: _____ de 20__

En este formato, se diligencia el campo
"YO (Nosotros)"
_____ y
"Domiciliaros en _____"

Señores
Fondo de Empleados y Trabajadores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -Febifam

Yo(Nosotros) _____
mayor(es) de edad, domiciliado(s) en _____ identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestras) respectiva(s) firma(s), actuando en mi(nuestro) propio nombre y representación, por medio de la presente y haciendo uso de las facultades conferidas en el Artículo 622 del Código de Comercio, impartimos las instrucciones para que sean llenados los espacios en blanco del pagaré que en la fecha de la presente hemos suscrito a favor de Febifam. Tales instrucciones son:

Luego de diligenciar esos campos colocar el nombre, firma y el número de cédula.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20__.

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
C.C No. _____

FIRMA: _____
NOMBRE: _____
C.C No. _____



INSTRUCTIVO CREDITOS

AUTORIZACION DE LIBRANZA

Identifique el formato con ayuda de esta imagen.



**FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA
NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR**

AUTORIZACIÓN DE LIBRANZA O DESCUENTO DIRECTO

Señores:

1

Se diligencia los siguientes campos

Yo, _____ declaro que, de manera libre, gratuita y voluntaria, me he asociado al FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM, y que por tanto he decidido realizar con el FONDO las operaciones de libranza objeto de la presente autorización.

En Santiago de Cali, a los _____ días del mes de _____ de _____, yo _____ mayor de edad, vecino(a) de _____ identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, actuando en mi calidad de asociado(a) al FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM y de deudor o deudor solidario del mismo, y conforme con la Ley

2

Diligencie este formato ÚNICAMENTE en la parte posterior del mismo, donde pondrá su nombre en el campo de DEUDOR, su firma y la huella en tinta negra.

DEUDOR: _____ _____ C.C. No. _____	FIRMA: _____ _____ _____	HUELLA: _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____ _____ C.C. No. _____	FIRMA: _____ _____ _____	HUELLA: _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____ _____ C.C. No. _____	FIRMA: _____ _____ _____	HUELLA: _____



INSTRUCTIVO CREDITOS

CONFE

1

Identifique el formato con ayuda de esta imagen.



ACEPTACION DEL SERVICIO DE ACCESO AL CREDITO Y CENTRALES DE RIESGO

Yo (nosotros), identificado(s) como aparece (mos) al pie de mi (nuestra) firma(s), por medio del presente documento expresamente manifiesto (amos) de manera libre y voluntaria, que:

Lea el formulario, le expondrá la autorización que faculta al FONDO DE GARANTIAS CONFE a estudiar su historial crediticio

2

Firme en el campo de "**DEUDOR PERSONA NATURAL**" se encuentra al respaldo del documento. Consigne firma, nombre y cédula. SOLO se firma UNA VEZ.

DEUDOR PERSONA NATURAL

FIRMA _____

NOMBRE _____

C.C. _____

DEUDOR PERSONA NATURAL

FIRMA _____

NOMBRE _____

C.C. _____



INSTRUCTIVO CREDITOS

SOLICITUD DE ASEGURABILIDAD

1

Identifique el formato con ayuda de esta imagen.



FORMATO SOLICITUD DE SEGURO -
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo ☐
Grupo Aportes ☐

Grupo Deudores ☒
Grupo Directivos ☐

Protección Familiar ☐
Plan A ☐ B ☐ C ☐

2

Se diligencia esos campos con datos personales del asociado.

DATOS TOMADOR			
TOMADOR	FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BF	C.C./NIT	890.329.483-7
DIRECCIÓN	CRA 45 # 3A-96 BARRIO EL LIDO	CIUDAD	CALI - VALLE DEL CAUCA
TELÉFONO	3104906456		
DATOS ASEGURADO			
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C.	
CORREO ELECTRÓNICO		¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	
OCUPACION		CARGO	
FECHA DE NACIMIENTO			
ESTADO CIVIL		VALOR ASEGURADO SOLICITADO	TOTAL VALOR ASEGURADO

3

Diligenciar peso y talla. Lo que esta de color rosa es si cumple con alguna de esas condiciones de salud y en la parte de abajo, se especifica.

PESO	ESTATURA		
1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	☐	8. CIRUGÍA	☐
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	☐	9. ALCOHOLISMO	☐
3. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS HA SIDO DIAGNOSTICADO O TRATADO POR ALGUNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA? No será necesario declarar antecedentes de cáncer respecto de los cuales haya operado el derecho al olvido oncológico conforme a la normativa vigente.	☐	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	☐
4. DIABETES	☐	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	☐
5. VIH POSITIVO / SIDA	☐	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	☐	13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	☐	14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE)	☐
EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:			



INSTRUCTIVO CREDITOS

SOLICITUD DE ASEGURABILIDAD

4

Por ultimo se diligencia esos campos

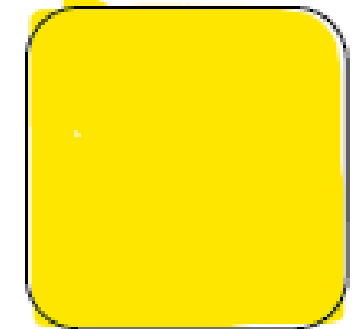
Con mi firma y huella en el presente documento, declaro que 1. Acepto el tratamiento de los datos personales previamente relacionado 2. Acepto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Importante: la falta de veracidad y exactitud de la información suministrada y consignada en este documento en todas sus partes será causal de nulidad del contrato de seguro; esta situación da derecho a la compañía de seguros a objetar cualquier posterior reclamación por omisión de información existente con anterioridad a la fecha de contratación del seguro (código de comercio, artículo 1058).

FIRMA DEL ASEGURADO: _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____



SUS-FO-0006 (06-2026)

