



FONDO DE EMPLEADOS Y PENSIONADOS  
DEL SECTOR SALUD DE ANTIOQUIA

CODIGO: M3 F28

VERSIÓN: 0

CONDICIONES DEL CREDITO

01-09-2020

Mediante la firma del presente documento acepto que fui informado(a) sobre las siguientes condiciones del crédito con pagare nro. \_\_\_\_\_

Monto del Crédito	
Tasa de interés	
Plazo de amortización	
Modalidad de la cuota	Fija
Forma de Pago	Nomina      Taquilla
Periodicidad de la cuota	Mes vencido
Garantía	
Plan de pagos	
Descuentos	

Relación de descuentos

Solidaridad	
Seguro deudores	
Otros seguros	
Cifin	
Cuatro por mil	
Otros descuentos	
<b>Total</b>	

\_\_\_\_\_  
Firma del Asociado

Nombre \_\_\_\_\_

cc. \_\_\_\_\_