



Ciudad y Fecha _____

FONCENCOSUD CRUCE DE AHORRO PERMANENTE CON CARTERA

Yo _____ identificado con la cedula de ciudadanía número _____ de _____ autorizo a Foncencosud a realizar el proceso de cruce de ahorros permanentes con los siguientes créditos:

MODALIDAD DE CREDITO	N° CREDITO	VALOR PARA CRUZAR

Valor Total para cruzar \$ _____

Marque con una x la forma de aplicación:

Disminución en el tiempo inicial del crédito

Disminución en valor de la cuota periódica

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

C.C: _____

FECHA: _____

***Nota:**

1. El cruce de cartera solo se podrá realizar una vez al año, en un porcentaje no mayor al **50%** del saldo del ahorro permanente al corte de su solicitud.
2. No se podrá compensar o cruzar créditos que no haya superado por lo menos seis (6) cuotas mensuales o doce (12) cuotas quincenales de acuerdo con la periodicidad inicial en la que este acordado el crédito.
3. Si el asociado se encuentra en mora, se dará prioridad a cubrir esta y el resto de acuerdo con lo solicitado.
4. El cruce se verá reflejado en el siguiente corte de envió de novedades de nómina acordado con la compañía.
5. Tener presente que a realizar la solicitud de cruce su cupo posterior para crédito se verá disminuido, así como los beneficios que sobre el saldo del ahorro permanente se llegue a otorgar por ejemplo: Bono navideño

Espacio exclusivo Foncencosud

FECHA RADICADO		FECHA APLICACIÓN	
QUIEN RECIBE		Vo.Bo CARTERA	