

SOLICITUD DE CRÉDITO



No. de radicación:

Fecha:

Por favor leer detenidamente la solicitud y diligenciar en su totalidad. Si no se cuenta con alguna información, anotar N.D. = No disponible.
No dejar espacios en blanco. No se aceptan tachones o enmendaduras.

DATOS DEL CRÉDITO

Valor solicitado: _____ **Cantidad en letras:** _____

LÍNEA DE CRÉDITO (MODALIDAD)

Plan Vivienda Plan mi inversión 2 inmueble Construcción de sueños Línea solidaria Bienestar seguro
 Todos sobre ruedas Compra de bienes/servicios Sostenibilidad financiera Viajar sin límites Emprendedores
 Créditos sin interés Desarrollando mis talentos Libre inversión Fanáticos viajeros Especial
 Crediportes Bienestar Mascotas

Credixpress Tarjeta No. Destinación: _____

FORMA DE PAGO

Nómina Caja Débito automático

Plazo

No. de quincenas No. de meses

¿Recoge créditos? Si No

¿Cuáles? _____

Cuotas extra (prima, bonificación, cesantías)				
Concepto	Fecha	Valor	No. de veces	
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

FORMA DE DESEMBOLSO

Cheque Transferencia Ahorro a la Vista Nit/cédula de beneficiario: _____ Nombre: _____

No. de cuenta: _____ Tipo de cruce: _____ Tipo: Ahorro Corriente

Observaciones: _____ Entidad bancaria: _____

GARANTIAS

Tipo de garantía: Aportes Hipoteca Pignoración de cesantías Pignoración de depósitos voluntarios Seguro de desempleo

Fondo de garantías Pignoración de vehículo Codeudor solidario Si No

DATOS DEL SOLICITANTE

Identificación: Número: _____ Nombre y apellido: _____

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Unión libre No. de personas a cargo: _____ Ciudad de residencia: _____

Dirección de residencia: _____ Barrio: _____ Estrato: 1 2 3 4 5 6

Reside en vivienda: Propia Arrendada Familiar Teléfono: _____ Celular: _____ Hora para llamar: AM PM

Correo electrónico (obligatorio): _____ Correo electrónico corporativo: _____

Envío de correspondencia: Correo electrónico personal Correo electrónico corporativo Otro Cual: _____

Empresa actual: _____ Dirección empresa: _____ Ciudad: _____ Barrio: _____

Teléfono empresa: _____ Tipo de contrato: Indefinido Fijo Servicios Temporal Cargo: _____

Fecha ingreso contrato: MM/DD/AAAA Fecha vencimiento contrato: MM/DD/AAAA Nombre del cónyuge: _____

Identificación: Número: _____ Empresa actual: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales permanente certificados	Gastos mensuales	Relación de bienes de su propiedad (*)	
Salario principal:	Arriendo:	Casa <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual:	
Otros ingresos:	Cuota vivienda:	Dirección:	Ciudad:
Comisiones:	Gasto sostenimiento:	Valor comercial: \$	Valor hipoteca: \$
Otros ingresos cónyuge:	Gastos financieros:	Figura como patrimonio familiar: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Detalle origen:	Otros gastos:	Vehículos Marca:	Modelo:
Total ingresos:	Total gastos:	Valor comercial:	Valor deuda:
¿Actualmente tiene o se encuentra tramitando crédito de libranza con otra entidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si su respuesta es afirmativa indique	
Entidad: _____		Monto: _____	Plazo: _____ meses

Una referencia personal y dos referencias familiares con diferente domicilio que no convivan con el solicitante

Nombre(s) y apellido(s)	Parentesco	Celular	Teléfono	Teléfono oficina	Hora para llamar: <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM

DATOS DEUDOR SOLIDARIO 1

Identificación (C.C.C.E) Número: _____		Ciudad de expedición: _____		Fecha de expedición: _____	
Nombre y apellidos: _____			Ciudad de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA
Estado civil: Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>		No. de personas a cargo: _____		Dirección de residencia: _____	
Ciudad de residencia: _____			Barrio: _____		Estrato: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Reside en vivienda: Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Teléfono: _____		Celular: _____	Hora para llamar: (AM) (PM)
Correo electrónico (obligatorio): _____			Correo electrónico corporativo: _____		
Empresa actual: _____		Dirección: _____		Ciudad: _____	Barrio: _____
Teléfono empresa: _____		Tipo de contrato: Indefinido Fijo <input type="radio"/> Servicios <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/>		Cargo: _____	
Fecha ingreso contrato: MM/DD/AAAA		Fecha vencimiento contrato: MM/DD/AAAA		Nombre del cónyuge: _____	
Identificación (C.C.C.E) Número: _____		Empresa actual: _____		Teléfono: _____	Celular: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales permanente certificados	Gastos mensuales	Relación de bienes de su propiedad (*)	
Salario principal: _____	Arriendo: _____	Casa <input type="radio"/> Apto <input type="radio"/> Finca <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cual: _____	
Otros ingresos: _____	Cuota vivienda: _____	Dirección: _____	Ciudad: _____
Comisiones: _____	Gasto sostenimiento: _____	Valor comercial: \$ _____	Valor hipoteca: \$ _____
Otros ingresos cónyuge: _____	Gastos financieros: _____	Figura como patrimonio familiar: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Detalle origen: _____	Otros gastos: _____	Vehículos Marca: _____	Modelo: _____
Total ingresos: _____	Total gastos: _____	Valor comercial: _____	Valor deuda: _____

Referencias familiares con diferente domicilio y que no convivan con el deudor solidario

Nombre(s) y apellido(s)	Parentesco	Celular	Teléfono	Teléfono oficina	Hora para llamar: (AM) (PM)
Nombre(s) y apellido(s)	Parentesco	Celular	Teléfono	Teléfono oficina	Hora para llamar: (AM) (PM)

DATOS DEUDOR SOLIDARIO 2

Identificación (C.C.C.E) Número: _____		Ciudad de expedición: _____		Fecha de expedición: _____	
Nombre y apellidos: _____			Ciudad de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA
Estado civil: Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión libre <input type="radio"/>		No. de personas a cargo: _____		Dirección de residencia: _____	
Ciudad de residencia: _____			Barrio: _____		Estrato: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Reside en vivienda: Propia <input type="radio"/> Arrendada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		Teléfono: _____		Celular: _____	Hora para llamar: (AM) (PM)
Correo electrónico (obligatorio): _____			Correo electrónico corporativo: _____		
Empresa actual: _____		Dirección: _____		Ciudad: _____	Barrio: _____
Teléfono empresa: _____		Tipo de contrato: Indefinido Fijo <input type="radio"/> Servicios <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/>		Cargo: _____	
Fecha ingreso contrato: MM/DD/AAAA		Fecha vencimiento contrato: MM/DD/AAAA		Nombre del cónyuge: _____	
Identificación (C.C.C.E) Número: _____		Empresa actual: _____		Teléfono: _____	Celular: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales permanente certificados	Gastos mensuales	Relación de bienes de su propiedad(*)	
Salario principal: _____	Arriendo: _____	Casa <input type="radio"/> Apto <input type="radio"/> Finca <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Cual: _____	
Otros ingresos: _____	Cuota vivienda: _____	Dirección: _____	Ciudad: _____
Comisiones: _____	Gasto sostenimiento: _____	Valor comercial: \$ _____	Valor hipoteca: \$ _____
Otros ingresos cónyuge: _____	Gastos financieros: _____	Figura como patrimonio familiar: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Detalle origen: _____	Otros gastos: _____	Vehículos Marca: _____	Modelo: _____
Total ingresos: _____	Total gastos: _____	Valor comercial: _____	Valor deuda: _____

Referencias familiares con diferente domicilio y que no convivan con el deudor solidario

Nombre(s) y apellido(s)	Parentesco	Celular	Teléfono	Teléfono oficina	Hora para llamar: (AM) (PM)
Nombre(s) y apellido(s)	Parentesco	Celular	Teléfono	Teléfono oficina	Hora para llamar: (AM) (PM)

(*) En este campo, en caso de tener varias propiedades, detalle la de mayor valor.

Condiciones de crédito

Me comprometo a diligenciar la Declaración de Asegurabilidad, con toda la información veraz acerca de mi condición de salud para incorporarla a los documentos que manejará la entidad que ofrezca el seguro de Vida-Deudores que Fondecop tiene establecido y a formalizar las garantías que Fondecop exija para el respaldo de este préstamo. En caso de que la compañía aseguradora solicite información de mi historia clínica, así como la realización de exámenes y chequeos médicos, los haré de forma inmediata e informaré a Fondecop tan pronto asista al requerimiento. Declaro (amos) y certifico (amos) que conozco (emos) con anticipación los datos relacionados con el crédito como son: monto, tasa de interés nominal y efectivo anual, plazo de amortización, modalidad y periodicidad de la cuota, forma de pago, tipo de cobertura y garantía, condiciones de prepago y recargos en caso de mora, así como el procedimiento de cobranza, tal como lo exige la norma respectiva de la Superintendencia de la Economía Solidaria.

Autorización de consulta y reporte a centrales de información

Autorizo(amos) con carácter permanente y de manera irrevocable a FONDECOP o a quien dicha entidad autorice, para obtener, consultar y reportar a las centrales de información crediticia o a cualquier fuente o base de datos, la información y referencias relativas a mi(nuestros) documento(s) de identificación comportamiento crediticio y comercial y al producto de toda clase de operaciones que efectúe(mos) o haya(mos) efectuado con entidades del sector financiero u otros sectores y el comportamiento de pago durante su vigencia. Así mismo, declaro(amos) que conozco(emos) y acepto(amos) el actual reglamento de crédito de Fondecop. Certifico(amos) que Fondecop me(nos) ha suministrado toda la información referente a los términos y condiciones del contrato de crédito bajo las cuales se efectuará el análisis del mismo, certifico(amos) que entiendo(entendemos) y acepto(amos) estas condiciones, especialmente en lo relacionado con: Tasa de interés, plazo del crédito, monto, cuota y garantía.

Lavado de activos y financiación del terrorismo (la/ft)

Declaro (amos) bajo juramento que los recursos que me entrega Fondecop, no serán destinados a financiar actividades ilícitas como las contempladas en el Código Penal Colombiano, la ley 599 de 2000 (artículo 323) o cualquier norma legal que lo modifique o lo adicione, que no estoy(amos) ni relacionado(s) ni pretenderé(mos) involucrar a Fondecop con actividades ilícitas que puedan servir de instrumento para cometer el delito de LA/FT. Eximo a Fondecop de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que yo(nosotros) hubiere(mos) proporcionado en este documento.

Aviso de privacidad

De conformidad con lo previsto en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012, Fondecop, como responsable del tratamiento de los datos personales obtenidos a través de diferentes medios, solicita a sus asociados autorización para procesar, recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir la información suministrada, según sea aplicable dentro del marco del objeto social de la entidad y de acuerdo con los términos y condiciones de su política de protección de datos. Fondecop cuenta con mecanismos tecnológicos seguros y confidenciales, garantizando la custodia de los datos tratados, de conformidad con los procedimientos contenidos en la Ley. Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud a contacto@fondecop.coop o al teléfono 5146161 Opción 1.

DECLARACIONES

Declaro que he sido informado sobre el proceso para solicitar información mi calificación y clasificación de riesgo en Fondecop y que podré solicitarlo a través del correo ventanillaunica@fondecop.coop.

FIRMAS

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro(amos) que la información que he(mos) suministrado es exacta en todas sus partes y firmo(amos) el presente documento.

DEUDOR PRINCIPAL

Nombre(s) y apellido(s): _____

No. de cédula: _____ de _____

Firma: _____



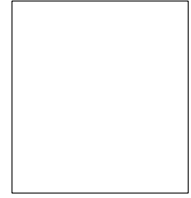
Huella

DEUDOR SOLIDARIO 1

Nombre(s) y apellido(s): _____

No. de cédula: _____ de _____

Firma: _____



Huella

Nombre(s) y apellido(s): _____

No. de cédula: _____ de _____

Firma: _____



Huella

CUANDO LOS DATOS DEL CONYUGE SON MERAMENTE INFORMATIVOS, PERO NO FIRMA COMO GARANTE DE PRÉSTAMOS, NO SE NECESITA LA FIRMA DEL MENCIONADO CONYUGE

PARA USO EXCLUSIVO DE FONDECOP

Para deudor solidario solo se verifican las referencias externas

Referencias verificadas por: _____

Fecha de verificación de referencias: _____

Resultado de la verificación:	Referencia 1:	Positivo	Negativo
	Referencia 2:	Positivo	Negativo
	Referencia 3:	Positivo	Negativo

Observaciones: _____

DATOS DE APROBACIÓN

Nombre del asesor: _____

Fecha de aprobación: MM/DD/AAAA

Aprobación

Negado

Anulado

Monto aprobado: _____

Observación: _____

Firma

Firma

Firma

Ente aprobador: _____

Ente aprobador: _____

Ente aprobador: _____

Nº _____

PAGARÉ A LA ORDEN



ACREEDOR: <u>Fondecocom - NIT 890.327.352-1</u>	FECHA: _____
DEUDOR PRINCIPAL : _____	CUANTÍA: _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____	VENCIMIENTO: _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____	TASA DE INTERÉS: _____

Yo (Nosotros) _____

_____, mayor(es) de edad, vecino(s) de _____, respectivamente,

identificado(s) tal como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s), obrando en nombre propio, en virtud del presente pagaré y plenamente capaz(ces), manifiesto(amos) que me(nos) obligo(amos) a pagar de manera solidaria e incondicional en la ciudad de Cali, al Fondo de Empleados de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - FONDECOCOM, identificado con Nit 890.327.352-1, con domicilio en Cali, a su orden o a quien represente sus derechos, la suma de _____

(\$ _____) mcte, cantidad que ha sido recibida por el DEUDOR PRINCIPAL y que el(los) DEUDOR(ES) SOLIDARIO(S) respalda(n) patrimonialmente la obligación contraída por el primero con intereses, con un plazo de _____ meses, durante los cuales reconozco(reconoceremos) y pagaré(mos) a nuestro acreedor intereses a la tasa del _____ por ciento (_____ %) mensual sobre saldos.

El pago del capital me(nos) obligo(amos) a pagarlo en _____ (_____) cuotas _____ consecutivas, cada una por valor de _____ mcte (\$ _____), a partir del día _____ (_____) del mes de _____ de año _____.

En caso de mora en el pago de una o más de las cuotas y sin perjuicio de las acciones legales a que FONDECOCOM tenga derecho, me(nos) obligo(amos) a pagar intereses moratorios, liquidados a la tasa máxima legal vigente, desde la fecha de vencimiento del pagaré y hasta la fecha del pago total.

FONDECOCOM o el tenedor legítimo de este pagaré podrá declarar insubsistentes los plazos de este pagaré o de las cuotas que constituyen el saldo y exigir el pago inmediato del mismo judicial o extrajudicialmente más los intereses, costas y honorarios de abogado en cualquiera de los siguientes casos: A) Por mora en el pago del capital o de los intereses de una o más de las cuotas de acuerdo con el plan de pago pactado. B) Si mis(nuestros) bienes son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción. C) Por el giro de cheques sin suficiente provisión de fondos. D) Por muerte, liquidación voluntaria u obligatoria, concurso de acreedores o proceso de reorganización de cualquiera de las partes obligadas con este título valor. E) En los demás casos de Ley.

El acreedor queda facultado para prorrogar el plazo de vencimiento de este pagaré sin necesidad de que el(los) Deudor(es) firme(mos) una nota de prórroga respectiva. El recibo de abonos parciales no implica novación y cualquier tipo de pago que hiciere se imputará primero a los gastos, después a los intereses pendientes y por último a capital.


Acepto(aceptamos) desde ahora cualquier cesión, endoso o traspaso que de este título valor hiciere FONDECOCOM, a cualquier persona natural o jurídica.


El impuesto de timbre y demás gastos que genere el presente título valor serán a mi(nuestro) cargo.


Para todos los efectos legales, el presente pagaré se registrará por las disposiciones pertinentes contempladas en el Código de Comercio.

De antemano, autorizo(amos) a FONDECOCOM para eliminar este pagaré y su respectiva carta de instrucciones una vez sea cesada o cancelada la obligación, dejando evidencia del hecho en un acta de eliminación oficial de documentos.

Para constancia de todo lo anterior, se firma la presente carta de instrucciones en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de año _____.

Firma _____
 Huella 
 Nombre _____
DEUDOR PRINCIPAL
 C.C.

Firma _____
 Huella 
 Nombre _____
DEUDOR SOLIDARIO
 C.C.

Firma _____
 Huella 
 Nombre _____
DEUDOR SOLIDARIO
 C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ EN BLANCO

Ciudad _____ Fecha: _____

Señores
Fondecocom
Ciudad

Yo (Nosotros) _____

mayor(es) de edad, vecino(s) de _____, respectivamente, identificado(s) tal como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s) y obrando en nombre propio, en virtud del presente documento y plenamente capaz(es), manifiesto(amos) que he(mos) suscrito pagaré a favor y a la orden del Fondo de Empleados de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - FONDECOCOM, identificado con Nit 890.327.352-1, en los términos y condiciones autorizados por lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio, con espacios en blanco, para ser llenados por el tenedor legítimo de acuerdo con las instrucciones que como suscriptor hago(hacemos) por medio del presente documento. En virtud de ello, autorizo(amos) al Fondo de Empleados de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - FONDECOCOM y/o a quien represente sus derechos en calidad de legítimo tenedor del pagaré suscrito en blanco, para diligenciar los mencionados espacios en blanco, que por cualquier concepto se hayan dejado en dicho título valor y para permitir el recaudo de las obligaciones que se generen a mi(nuestro) cargo. El Fondo de Empleados de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - FONDECOCOM, se entiende ampliamente autorizado y facultado para llenar el pagaré teniendo en cuenta especialmente las siguientes instrucciones:

- A** CUANTÍA: El espacio correspondiente a la cuantía será determinado por el monto del valor de las obligaciones exigibles a mi(nuestro) cargo que existan al momento de ser llenados los espacios y a favor del Fondo de Empleados de la Caja de Compensación Familiar del Valle del Cauca - FONDECOCOM.
- B** El título podrá ser llenado en cualquier momento que exista una o más obligaciones vencidas a mi(nuestro) cargo en la calidad indicada, bien sea que las obligaciones provengan directamente como deudores o como deudores solidarios de un tercero, sin importar si las obligaciones se han adquirido conjunta o individualmente.
- C** La fecha de vencimiento será aquella en la cual se llenen los espacios en blanco y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones contenidas en él, sin necesidad que se requiera judicial o extrajudicialmente para su cumplimiento ni constitución en mora de los deudores.
- D** INTERESES MORATORIOS: Se cobrarán a la tasa máxima legal vigente de conformidad con el artículo 884 del Código de Comercio y a la certificación expedida por la Superintendencia Financiera.
- E** Como la vigencia de los seguros es de interés recíproco, autorizo(amos) a FONDECOCOM para cancelar el valor de las primas a mi(nuestro) cargo en caso de mi(nuestro) incumplimiento. El valor de lo causado ante la aseguradora por tal concepto debo(emos) conocerlo y pagarlo a FONDECOCOM con la inclusión de los mayores valores por los ajustes que por disposición de la aseguradora se produzcan, los cuales igualmente acepto(amos) y me(nos) obligo(amos) a cancelar junto con los intereses por mora que se causen, quedando facultado FONDECOCOM para llenar el espacio con el valor total de las primas causadas.
- F** El pago del impuesto de timbre a que haya lugar cuando el título sea llenado correrá por mí(nuestra) cuenta y si el tenedor del presente título lo cancela, su monto puede ser cobrado a mi(nosotros) junto con las demás obligaciones, incorporando la suma pagada dentro del pagaré respectivo.


Manifiesto(amos) bajo la gravedad del juramento que una copia de este documento reposa en nuestro poder.

Para constancia de todo lo anterior, se firma la presente carta de instrucciones en la ciudad de _____,

a los _____ días del mes de _____ de año _____.

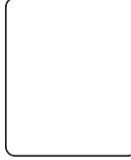
Firma _____
Nombre _____
DEUDOR PRINCIPAL
C.C.

Huella



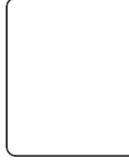
Firma _____
Nombre _____
DEUDOR SOLIDARIO
C.C.

Huella



Firma _____
Nombre _____
DEUDOR SOLIDARIO
C.C.

Huella



Fecha de creación:

Fecha de actualización:

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO



Señores:

Fecha de Solicitud: _____

Empresa No. 1

Empresa No. 2

Empresa No. 3

Empresa No. 4

Línea de crédito:		Número de obligación:	
Valor del crédito aprobado:	\$	Tasa de interés:	
Número de cuotas:	Quincenales ___ Mensuales ___	Valor: \$	Fecha primera cuota: MM/DD/AAAA

Tabla No. 1 - Información general del crédito

Yo _____ Nombre deudor principal de la obligación _____ en mi calidad de deudor(a) principal y _____ Nombre deudor solidario No. 1 de la obligación _____ y _____ Nombre deudor solidario No. 2 de la obligación _____ en mi(nuestra) calidad de deudor(es) solidario(s) del deudor principal, identificado(s) tal como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s), obrando de conformidad con lo dispuesto en los artículos 55 y 56 del Decreto Ley 1481 de 1989, con el artículo 142 del C.S.T., con los numerales 1 y 5 del artículo 3 de la Ley 1527 de 2012 y con todas las disposiciones legales vigentes al momento de la firma de este documento, autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a _____ Nombre empresa _____, debidamente facultado de manera legal para aceptar las libranzas, para lo siguiente:

PRIMERO: Yo _____ Nombre deudor principal de la obligación _____, los autorizo expresa e irrevocablemente para que de mi salario o pensión, anticipo de salario, honorarios, remuneraciones por prestación de servicios, bonificaciones, prestaciones legales o extralegales, mesadas pensionales adicionales o de cualquier suma de dinero que se genere a mi favor, me sean descontadas las cuotas que se relacionan en Tabla No. 1, para el pago del crédito del cual soy deudor de **FONDECOP**, aún en el evento de encontrarme disfrutando de vacaciones, licencias e incapacidades para lo cual autorizo descontar las cuotas anticipadamente del monto que se cause a mi favor antes de comenzar a disfrutarlas.

Igualmente autorizo, que las sumas descontadas quincenalmente o mensualmente en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma quincenal o mensual a **FONDECOP**, y así sucesivamente hasta completar la cancelación de la deuda vigente con **FONDECOP**, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido.

Autorizo a que se efectúen descuentos mayores a los valores relacionados en la Tabla No. 1 en caso de que se causen a favor de **FONDECOP** intereses moratorios, comisiones, honorarios, seguros, o cualquier otro concepto por razón del préstamo que ha sido otorgado a mi favor, los cuales en todo caso siempre serán indicados por **FONDECOP**.

En caso de terminación de mi contrato de trabajo, relación laboral, contrato de prestación de servicios, por cualquier causa, incluso por muerte, los autorizo expresa e irrevocablemente a descontar de mis salarios pendientes, honorarios, remuneraciones por prestación de servicios, prestaciones sociales, cesantías o sus intereses, indemnizaciones, bonificaciones, vacaciones, primas legales o extralegales, liquidaciones o cualquier emolumento al que contractual o legalmente tenga derecho, los valores del saldo pendiente por capital, intereses, honorarios y cualquier gasto que ocasione el cobro de la deuda, con el fin de efectuar la cancelación total del mencionado préstamo a favor de **FONDECOP**. Para la determinación del valor del saldo pendiente de pago bastara la comunicación que al efecto remita **FONDECOP**.

Mi autorización aplica para todas las empresas en las cuales llegare a laborar durante la vigencia del presente crédito.

La presente autorización rige a partir de la fecha de suscripción del presente documento.

SEGUNDO: Declaro que conozco el reglamento de crédito otorgado y lo acepto, para lo cual me acojo a ello incluso asumiendo que la empresa solo es un canal de pago.

TERCERO: Conforme a lo señalado en el numeral 3 del artículo 3 de la Ley 1527 de 2012 autorizo a **FONDECOP** para que modifique la tasa de intereses inicialmente pactada, en caso de novación, reestructuración, reprogramación, refinanciación o cambios de mi situación laboral.

CUARTO: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1527 del 27 de abril de 2012, me obligo a informar el cambio de empleador o entidad pagadora, a fin que **FONDECOP** pueda solicitar el giro del dinero correspondiente bajo la modalidad de libranza o descuento directo, y se continúe haciendo los descuentos de las cuotas quincenales o mensuales hasta la cancelación total del crédito otorgado a mi cargo, para lo cual autorizo desde ahora al empleador o entidad pagadora donde llegase a trabajar para que efectúe los descuentos a que haya lugar.

QUINTO: En virtud a lo establecido en el artículo 142 de la Ley 79 de 1988 las personas, empresas o entidades obligadas a retener deben entregar las sumas retenidas al Fondo de empleados, simultáneamente con el pago que hace el trabajador o pensionado. Si por su culpa no lo hicieren, serán responsables ante el Fondo de Empleados de su omisión y quedaran solidariamente deudoras ante ésta de las sumas dejadas de retener o entregar, junto con los intereses de la obligación contraída por el deudor.

SEXTO: En mi calidad de deudor(es) solidario(s), autorizo(amos) para que ante el aviso que les efectúe **FONDECOR** de iniciar descuentos a mi(nuestro) cargo por este crédito, se traslade la obligación a mi nombre, para que se me continúen efectuando los descuentos aceptados en esta libranza.

Igualmente, certificamos que he(mos) acordado con **FONDECOR** que el traslado de los descuentos a nombre de los deudores solidarios, opera ante el incumplimiento en el pago de la obligación contraída por el deudor principal. En caso de que en calidad de deudor(es) solidario(s), deba(amos) pagar el compromiso crediticio indicado en este documento, autorizo(amos) expresa e irrevocablemente para que de mi salario o pensión, anticipo de salario, honorarios, remuneraciones por prestación de servicios, bonificaciones, prestaciones legales o extralegales, mesadas pensionales adicionales o de cualquier suma de dinero que se genere a mi(nuestro) favor, me(nos) sean descontados el saldo insoluto que reporte **FONDECOR**, y que el valor retenido sea trasladado a **FONDECOR**, para aplicar al pago de mis(nuestras) obligaciones con ellos, tanto propias como en mi(nuestra) calidad como deudor(es) solidario(s), aun en el evento de encontrarme(nos) disfrutando de vacaciones, licencias e incapacidades para lo cual autorizo(amos) descontar.

En caso de terminación de mi(nuestro) contrato de trabajo, relación laboral, contrato de prestación de servicios, por cualquier causa, incluso por muerte, los autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a descontar de mis(nuestros) salarios pendientes, honorarios, remuneraciones por prestación de servicios, prestaciones sociales, cesantías o sus intereses, indemnizaciones, bonificaciones, vacaciones, primas legales o extralegales, liquidaciones o cualquier emolumento al que contractual o legalmente tenga derecho, los valores del saldo pendiente por capital, intereses, honorarios y cualquier gasto que ocasione el cobro de la deuda, con el fin de efectuar la cancelación total del mencionado préstamo a favor de **FONDECOR**. Para la determinación del valor del saldo pendiente de pago bastara la comunicación que al afecto remita **FONDECOR**.

SÉPTIMO: Dejo(amos) constancia que conozco(cemos) que esta autorización de descuento tiene continuidad y es válida para que cualquier empresa me(nos) efectúe los descuentos aquí indicados hasta el momento en que se produzca la cancelación total de la obligación crediticia a mi(nuestro) cargo.

En mi(nuestra) calidad de deudor y deudor(es) solidario(s), al suscribir esta libranza adquirimos la obligación de informar a **FONDECOR**, sobre el cambio de empleador o entidad pagadora, sin perjuicio de que esta autorización de descuento sirva para que **FONDECOR** solicite a cualquier empleador o entidad pagadora, el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de las obligaciones adquiridas bajo la modalidad de pago por libranza.

Declaro(amos) que conozco(conocemos) y he(mos) aceptado el plan de pagos, las condiciones del crédito, habiendo verificado que la tasa de interés asignada por **FONDECOR** a esta operación de crédito no supera la tasa máxima permitida legalmente.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo (amos) el documento a los _____ días del mes de _____ del año _____

Deudor Principal
Nombre: _____

Tipo de documento: _____
Número de documento: _____
Lugar de expedición del documento: _____
Firma: _____

Deudor Solidario No. 1
Nombre: _____

Tipo de documento: _____
Número de documento: _____
Lugar de expedición del documento: _____
Firma: _____

Deudor Solidario No. 2
Nombre: _____

Tipo de documento: _____
Número de documento: _____
Lugar de expedición del documento: _____
Firma: _____

Asesor Integral: _____

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:

Acepto (amos) la utilización de servicio de acceso al crédito del FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ para respaldar la operación aprobada por FONDECOM. en adelante el INTERMEDIARIO, lo cual no me exige de cumplir con el pago de todas las sumas generadas por esta operación de crédito.

Acepto (amos) de manera incondicional e irrevocable la obligación de pagar las tarifas establecidas por el FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ por concepto del servicio de acceso al crédito prestado por el FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ, y su valor podrá ser cargado o deducido de cualquier depósito constituido por mí (nosotros), o con cargo a las cuotas del mismo crédito o de cualquier obligación pactada con el INTERMEDIARIO.

Acepto (amos) pagar las tarifas establecidas por el FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ la cual será cobrada en el momento del desembolso según el monto de capital del crédito al cual he (hemos) accedido y por la duración del mismo, de acuerdo con la siguiente tabla de comisiones:

PLAZO (MESES)	Comisión A	Comisión B	Comisión C	Comisión D	Comisión E
2	0,43%	0,49%	0,56%	0.56%	0.56%
7	1,30%	1,50%	1.68%	1.68%	1.68%
12	2,59%	2,98%	3.37%	3.37%	3.37%
24	2,89%	3,32%	3.76%	3.76%	3.76%
36	3,00%	3,45%	3.90%	3.90%	3.90%
48	3,77%	4,34%	4.90%	4.90%	
60	4,00%	4,60%	5.20%		
72	5,00%	5,75%			

Manifiesto que conozco (conocemos) las condiciones del servicio de acceso al crédito que presta el FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ, y por lo tanto, en caso que éste se vea en la obligación de pagar cualquier suma al INTERMEDIARIO como consecuencia de mi (nuestro) incumplimiento en el pago de la obligación objeto de la prestación del servicio de acceso al crédito, el FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ tendrá derecho a recuperar las sumas pagadas y se subrogará en la calidad de acreedor por el valor pagado, si así lo considera el INTERMEDIARIO.

Autorizo (amos) irrevocablemente al INTERMEDIARIO a entregar al FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ toda la información relacionada con la operación aprobada a mi (nuestro) favor y de igual manera autorizo (amos) al FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ a entregar dicha información a terceros que puedan encargarse de la gestión de cobro de dicha cartera, si así lo considera el INTERMEDIARIO.

Manifiesto que los recursos utilizados para el pago del servicio de acceso al crédito a favor del FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ provienen de fuentes lícitas y la información que he (hemos) suministrado es verídica. Por lo tanto, doy (damos) mi (nuestro) consentimiento expreso e irrevocable al FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ o a quien sea en el futuro acreedor de la obligación para:

1. Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi (nuestro) desempeño como deudor(es), mi (nuestra) capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme (nos) una garantía.
2. Reportar a las centrales de riesgo datos del cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones.
3. Conservar, tanto en el FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalados en sus reglamentos, mi (nuestra) información crediticia.
4. Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mi (nuestra) solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo (nosotros) haya(mos) entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.



5. Reportar a las autoridades públicas, tributarias aduaneras o judiciales la información para cumplir con sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

La presente autorización facultará al FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ para ejercer su derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y de la misma forma facultará al INTERMEDIARIO para permitir el acceso a esta información por parte del FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación.

La presente autorización faculta al FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ y a las centrales de riesgo a divulgar mí (nuestra) información para elaborar estadísticas.

Acepto (amos) la no devolución del pago del servicio de acceso al crédito por parte del FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFÉ y por ello renuncio (amos) a cualquier solicitud de cobro o reintegro de comisiones no causadas.

El presente documento tendrá validez desde su firma, por la vigencia del crédito otorgado por el INTERMEDIARIO, o de quien a futuro ostente la calidad de acreedor de la (s) obligación (es), y en general por el termino establecido en la ley.

Autorización para el tratamiento de datos personales: En atención a la aplicación de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, el titular del dato por medio del presente documento, imparte de manera previa, expresa e informada la siguiente autorización a los responsables y encargados del tratamiento de datos personales para: El desarrollo de todas las operaciones propias del objeto social de la entidad (actividades relacionadas con el otorgamiento del crédito, administración, pago y recuperación de cartera), el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley, análisis de riesgo, estadísticos, de control, supervisión, encuestas, gestión de cobranza, comercialización de productos, mercadeo, verificación y actualización de información entre otras. En cumplimiento de lo anterior, se podrá: Consultar, solicitar, administrar, procesar, modificar, actualizar, eliminar, reportar, almacenar, compilar, enviar, utilizar, suministrar, grabar, obtener, transmitir, transferir, recolectar, confirmar, conservar, emplear, analizar, rectificar, estudiar y divulgar a los responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información, entidades financieras, sector solidario, contratistas, cesionarios de cartera o terceras personas con quienes se entablen relaciones comerciales o legales, de prestación de servicios y de cualquier otra índole para administrar y tratar la información personal suministrada en desarrollo del objeto social del FONDO DE GARANTÍAS S.A. CONFÉ, dentro de los límites establecidos por la Ley. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los intereses del FONDO DE GARANTÍAS S.A. CONFÉ, a quien la sociedad ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que Usted es titular.

El Titular de los datos personales tendrá los siguientes derechos: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto al uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente Ley y las demás normas que la modifiquen o adicionen o complementen; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. La Entidad responsable del tratamiento de los datos personales será el FONDO DE GARANTÍAS S.A. CONFÉ, con dirección física en la Avenida 5CN° 24N 42 en la ciudad de Cali, dirección electrónica: acabrera@fgconfe.com, y teléfono 661 3111 ext. 105.

Declaro (amos), haber leído cuidadosamente el contrato contenido en este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo (entendemos) sus alcances e implicaciones y en constancia de lo anterior firmo (amos):

Deudor persona natural

Firma: _____

C.C. _____

Ciudad _____

Nombre completo: _____

FORMATO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO



AMPAROS / COBERTURAS DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Valor Asegurado:

Es la cuota mensual, correspondiente a la suma de todos los créditos, que tenga con FONDECOP, hasta por un periodo de tiempo de 6 meses durante la vigencia del seguro.

AMPAROS:

1. DESEMPLEO:

- a. Se indemniza el desempleo involuntario del asegurado por un período consecutivo igual al acordado. (hasta 6 meses)
- b. Despido sin justa causa, de conformidad con lo estipulado al respecto en la legislación colombiana.
- c. Interrupción unilateral del contrato (término indefinido o término fijo mínimo un año), sin justa causa. En el caso de Contratos a término fijo se ampara la interrupción por parte del empleador, antes del vencimiento natural del contrato.
- d. Se entenderá también como desempleo involuntario cuando termine el contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre empleador y asegurado, avalado dicho acuerdo por autoridad competente, mediante un acta de conciliación y adicionalmente que en la liquidación final de prestaciones de dicho trabajador se haya reconocido y pagado una bonificación no menor al 50% de la indemnización legal o convencional que le hubiese correspondido en caso de un despido sin justa causa.
- e. Despido masivo con autorización de la autoridad.

2. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: (Aplica solo para independientes)

- a. Mediante este anexo se indemniza la Incapacidad Total temporal que sufra el asegurado a consecuencia de una enfermedad (no preexistente) o accidente que le impida de manera temporal desarrollar un trabajo remunerado, siempre que dicha incapacidad sea igual o mayor a VEINTE (20) días, hasta por 6 meses.
- b. Periodos.

DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD	PERIODO INDEMNIZADO
15 a 45 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	1 MES
46 a 75 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	2 MESES
76 a 105 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	3 MESES
106 a 135 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	4 MESES
136 a 165 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	5 MESES
166 a 180 DÍAS CALENDARIO CONSECUTIVOS	6 MESES

3. OTRAS CONDICIONES:

- a. **Periodo de carencia:** El amparo de desempleo tendrá un periodo de carencia de 30 días al ingreso de la póliza y 6 meses luego de cada evento.
- b. **Periodo de Franquicia:** 30 días contados a partir de la fecha del despido.
- c. **Edades de Ingreso y Permanencia:**

AMPARO	EDAD MIN. DE INGRESO	EDAD. MAX. DE INGRESO	EDAD DE PERMANENCIA
DESEMPLEO			
INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	18 AÑOS	64 AÑOS +364 DIAS	65 AÑOS + 364 DIAS

- d. Valor Asegurado Individual por cuota mes: \$ 3.000.000 máximo.

4. EXCLUSIONES DESEMPLEO:

- a. Desempleo voluntario (La renuncia).
- b. Despido por parte del empleador con justa causa.

FORMATO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN SEGURO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO



- c. Desempleo que ocurra dentro del período de carencia sesenta (60) días o en el periodo de prueba del trabajador.
- d. Cuando a la fecha de ingreso a la póliza el trabajador tiene un contrato laboral con menos de treinta (30) días de iniciado. Esta exclusión no aplica para renovaciones ininterrumpidas en contratos de trabajo a término fijo.
- e. Empleados en Provisionalidad.
- f. Contratos de trabajo no asegurados bajo esta cobertura tales como: verbales, que no cumplan con las exigencias de la legislación laboral (Código Sustantivo del Trabajo).
- g. Jubilados, pensionados.
- h. Despido colectivo sin autorización del Ministerio de Protección Social.
- i. Los seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación, liquidación obligatoria o fusión de empresas.
- j. Haber en listado en las fuerzas armadas.
- k. Contratos laborales a término fijo cuya antigüedad en esta modalidad sea inferior a 1 año.
- l. Cuando los empleados trabajadores sean empleados de su propia empresa.
- m. La terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo, si no existe conciliación, o si la indemnización legal que le hubiere correspondido sea inferior al 50% en caso de despido sin justa causa.
- n. Contratos de trabajo con Cooperativas de trabajo asociado.
- o. Desempleo resultante del vencimiento de los contratos pactados a término fijo por finalización de la obra o labor contratada.
- p. Seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación obligatoria o función de empresas.
- q. Cualquier acto de guerra declarada o sin declarar, sedición, rebelión o asonada o actos violentos motivados por conmoción civil.
- r. Todos aquellos trabajadores que se encuentren cubiertos bajo el amparo de renta por incapacidad temporal.
- s. Seguros adquiridos con posterioridad a la declaratoria de liquidación obligatoria o función de empresas.

5. EXCLUSIONES DE INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL.

- a. Incapacidades superiores a ciento nueve (180) días.
- b. Cuando sean producidos por hechos de guerra, declarada o no declarada, motín o asonada, insurrección, sedición, huelga, o cualquier acto que constituya delito de conformidad con lo estipulado en la ley penal vigente al momento de los hechos.
- c. Tentativa de suicidio, o lesiones intencionalmente causadas a sí mismo, ya sean en estado de cordura o demencia.
- d. Participación directa o indirecta del asegurado en actos delictivos, infracciones o contravencionales de acuerdo con la ley penal.
- e. Accidentes que sufra el asegurado a consecuencia de cualquier clase de participación en aviación, salvo que viaje como pasajero en una línea aérea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros en viaje incluido en un itinerario regular entre aeropuertos aprobados por la aeronáutica civil.
- f. Enfermedades preexistentes.
- g. Pensionados.
- h. Radiación y contaminación con radioactividad.
- i. Actividades peligrosas como la manipulación de explosivos o armas de fuego.
- j. Todos aquellos trabajadores que se encuentren cubiertos bajo el amparo de desempleo.
- k. Incapacidades producidas dentro del periodo de carencia (30 días).

ACEPTACION DE POLIZA DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO

Declaro que entiendo y acepto las condiciones que me fueron explicadas por parte del asesor de FONDECOP y asumo el pago de esta mediante descuento por nómina____, pago por caja ____.

En constancia firmo de conformidad, el día _____ del mes _____ del año _____ en la ciudad de_____

Firma del Asociado
Nombre:

Firma del Asesor
Nombre: