SOLICITUD DE CRÉDITO

Fondecom
Unidos para soluciones de fondo

No. de radicación:

Fecha: MM/DD/AAAA

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 CREDITO

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 ◯
Otra: _____ | Crediaportes ◯

Crediexpress ◯ Tarjeta No. ◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯◯ Destinación: _____

FORMA DE PAGO

Nómina ◯ Caja ◯ Débito automático ◯

Plazo

No. de quincenas ◯ No. de meses ◯
¿Recoje 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 ◯
Fondo de garantías ◯ Pignoración de vehículo ◯ Codeudor solidario ◯

Seguro de desempleo: Si ◯ No ◯

DATOS DEL SOLICITANTE

Identificación: C.C C.E | 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 eléctronico (obligatorio): _____ Correo eléctronico corporativo: _____
Envío de correspondencia: Correo eléctronico personal ◯ Correo eléctronico 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: C.C C.E | Número: _____ | Empresa actual: _____ | Teléfono: _____ | Célular: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensuales permanente certificados		Gastos mensuales		Relación de bienes de su propiedad(*)
Salario principal:		**Arriendo:**		Casa ◯ Apto ◯ Finca ◯ Otro ◯ Cual:
Otros ingresos:		**Cuota vivienda:**		**Dirección:** **Ciudad:**
Comisiones:		**Gasto sostenimiento:**		**Valor comercial: $** **Valor hipoteca: $**
Otros ingresos cónyuge:		**Gastos financieros:**		**Figura como patrimonio familiar:** Si ◯ No ◯
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 ◯ No ◯ | Si su repsuesta 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: AM PM
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 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 ◯ Soltero ◯ Divorciado ◯ Unión libre ◯ | No. de personas a cargo: _____ | Dirección de residencia: _____

Ciudad de residencia: _____ | Barrio: _____ | Estrato: (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Reside en vivienda: Propia ◯ Arrendada ◯ Familiar ◯ | Teléfono: _____ | Celular: _____ | Hora para llamar: (AM) (PM)

Correo eléctronico (obligatorio): _____ | Correo eléctronico corporativo: _____

Empresa actual: _____ | Dirección: _____ | 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: (C.C) (C.E) | Número: _____ | Empresa actual: _____ | Teléfono: _____ | Célular: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensuales permanente certificados		Gastos mensuales		Relación de bienes de su propiedad(*)
Salario principal:		**Arriendo:**		Casa ◯ Apto ◯ Finca ◯ Otro ◯ Cual:
Otros ingresos:		**Cuota vivienda:**		**Dirección:** **Ciudad:**
Comisiones:		**Gasto sostenimiento:**		**Valor comercial: $** **Valor hipoteca: $**
Otros ingresos cónyuge:		**Gastos financieros:**		**Figura como patrimonio familiar:** Si ◯ No ◯
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 ◯ Soltero ◯ Divorciado ◯ Unión libre ◯ | No. de personas a cargo: _____ | Dirección de residencia: _____

Ciudad de residencia: _____ | Barrio: _____ | Estrato: (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Reside en vivienda: Propia ◯ Arrendada ◯ Familiar ◯ | Teléfono: _____ | Celular: _____ | Hora para llamar: (AM) (PM)

Correo eléctronico (obligatorio): _____ | Correo eléctronico corporativo: _____

Empresa actual: _____ | Dirección: _____ | 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: (C.C) (C.E) | Número: _____ | Empresa actual: _____ | Teléfono: _____ | Célular: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensuales permanente certificados		Gastos mensuales		Relación de bienes de su propiedad(*)
Salario principal:		**Arriendo:**		Casa ◯ Apto ◯ Finca ◯ Otro ◯ Cual:
Otros ingresos:		**Cuota vivienda:**		**Dirección:** **Ciudad:**
Comisiones:		**Gasto sostenimiento:**		**Valor comercial: $** **Valor hipoteca: $**
Otros ingresos cónyuge:		**Gastos financieros:**		**Figura como patrimonio familiar:** Si ◯ No ◯
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 Fondecom tiene establecido y a formalizar las garantías que Fondecom 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 Fondecom 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 FONDECOM 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(cemos) y acepto(amos) el actual reglamento de crédito de Fondecom. Certifico(amos) que Fondecom 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 Fondecom, no serán destinados a financiar actividades ilícitas como las contempladas en el Código Penal Colombiano, la ley 599 de 2000 (articulo 323) o cualquier norma legal que lo modifique o lo adicione, que no estoy(amos) ni relacionado(s) ni pretenderé(mos) involucrar a Fondecom con actividades ilícitas que puedan servir de instrumento para cometer el delito de LA/FT. Eximo a Fondecom 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, Fondecom, 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. Fondecom 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@fondecom.coop o al teléfono 5146161 Opción 1.

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

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

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 FONDECOM

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 ◯
Aplazado ◯

Ente aprobador: _____ Firma

Ente aprobador: _____ Firma

Ente aprobador: _____ Firma

Nº _____

PAGARÉ A LA ORDEN

Fondecom
Unidos para soluciones de fondo

ACREEDOR: Fondecom - NIT 890.327.352-1 **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 - FONDECOM, 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 FONDECOM 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.

FONDECOM 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 FONDECOM, 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 regirá por las disposiciones pertinentes contempladas en el Código de Comercio.

De antemano, autorizo(amos) a FONDECOM 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 _____.

Huella	Huella	Huella
Firma	Firma	Firma
_____	_____	_____
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
DEUDOR PRINCIPAL	**DEUDOR SOLIDARIO**	**DEUDOR SOLIDARIO**
C.C.	C.C.	C.C.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ EN BLANCO

Fondecom
Unidos para soluciones de fondo

Ciudad _____ Fecha: _____

Señores
Fondecom
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(ces), 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 - FONDECOM, 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 - FONDECOM 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 - FONDECOM, 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 - FONDECOM.

B El titulo 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 FONDECOM 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 FONDECOM 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 FONDECOM 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 titulo 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 _____.

Huella	Huella	Huella
Firma	Firma	Firma
_____	_____	_____
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
DEUDOR PRINCIPAL	**DEUDOR SOLIDARIO**	**DEUDOR SOLIDARIO**
C.C.	C.C.	C.C.

Fecha de creación:	
Fecha de actualización:	

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Fondecom
Unidos para soluciones de fondo

Señores:

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 ***FONDECOM***, 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 ***FONDECOM***, y así sucesivamente hasta completar la cancelación de la deuda vigente con ***FONDECOM***, 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 ***FONDECOM*** 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 ***FONDECOM.***

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 ***FONDECOM***. Para la determinación del valor del saldo pendiente de pago bastara la comunicación que al efecto remita ***FONDECOM***.

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 ***FONDECOM*** 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 ***FONDECOM*** 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 efectué 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, simultanéateme 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 ***FONDECOM*** 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 ***FONDECOM*** 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 ***FONDECOM***, y que el valor retenido sea trasladado a ***FONDECOM***, 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 ***FONDECOM***. Para la determinación del valor del saldo pendiente de pago bastara la comunicación que al afecto remita ***FONDECOM***.

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 ***FONDECOM***, sobre el cambio de empleador o entidad pagadora, sin perjuicio de que esta autorización de descuento, sirva para que ***FONDECOM*** 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 ***FONDECOM*** 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	Deudor Solidario No. 1	Deudor Solidario No. 2
Nombre: _____	**Nombre:** _____	**Nombre:** _____
Tipo de documento: _____	**Tipo de documento:** _____	**Tipo de documento:** _____
Número de documento: _____	**Número de documento:** _____	**Número de documento:** _____
Lugar de expedición del documento: _____	**Lugar de expedición del documento:** _____	**Lugar de expedición del documento:** _____
Firma: _____	**Firma:** _____	**Firma:** _____

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. CONFE** para respaldar la operación aprobada por **FONDECOM** en adelante el **INTERMEDIARIO,** lo cual no me exime de cumplir con el pago de todos 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. CONFE** por concepto del servicio de acceso al crédito prestado por el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFE,** y su valor podrá ser cargado o deducido de cualquier deposito 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. CONFE** 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:

SERVICIO DE ACCESO AL CREDITO UNIFICADO ANTICIPADO

MESES DE CREDITO	2	6	12	24	36	48	60	72
VALOR DEL SERVCIO	0,4316%	1,2950%	2,5900%	2,8900%	3,0000%	3,7700%	4,0000%	5,0000%

Manifiesto que conozco (conocemos) las condiciones del servicio de acceso al crédito que presta el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFE**, 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. CONFE** 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. CONFE** toda la información relacionada con la operación aprobada a mi (nuestro) favor y de igual manera autorizo (amos) al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFE** 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. CONFE** provienen de fuentes licitas 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. CONFE** 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 riegos datos del cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones.
3. Conservar, tanto en el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFE,** como en las centrales de riego, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalados en sus reglamentos, mi (nuestra) información crediticia.
4. Suministrar a las centrales de riego 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. CONFE** 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. CONFE** o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación.

La presente autorización faculta al **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFE** 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. CONFE** 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. CONFE, 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. CONFE, 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 normar que la modifiquen o adicionen o complemente; 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. CONFE, 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 _____

NOMBRE _____

C.C. _____

DEUDOR PERSONA NATURAL

FIRMA _____

NOMBRE _____

C.C. _____

FORMATO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN SEGURO DESEMPLEO - FONDECOM

Fondecom
Unidos para soluciones de fondo

AMPAROS /COBERTURAS DESEMPLEO INVOLUNTARIO

El valor asegurado será la cuota mensual que tenga con FONDECOM hasta por un periodo de tiempo de 4 meses durante la vigencia del seguro.

Cubre los siguientes eventos:
1. Despido masivo con autorización de la autoridad gubernamental.
2. Terminación unilateral del contrato de trabajo a término fijo, siempre que este sea como mínimo superior a 6 meses, y haya sido renovado una vez o más.
3. Todo tipo de contratos laborales.
4. Despido de contrato a término indefinido sin justa causa.
5. Terminación del contrato por mutuo acuerdo en conciliación con bonificación superior al 50% de la indemnización legal.

INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

El fin de la cobertura es compensar la pérdida de ingresos por encontrarse incapacitado para trabajar en el desarrollo de sus ocupaciones habituales, a raíz del accidente o enfermedad que sufrió. Esta renta será del 100% del valor convenido como valor de cuota y se pagará hasta un máximo de 4 meses.
Este seguro cubre los siguientes eventos:

* Accidente o una enfermedad durante la vigencia del seguro que impida al asegurado ejecutar sus tareas y labores diarias.
* Trabajadores con contrato de prestación de servicios.

Periodo de carencia: El seguro de desempleo, tendrá un periodo de carencia de 2 meses al ingreso de la póliza y 6 meses luego de cada evento.
Periodo de Franquicia: NO aplica.
Periodos de indemnización para la cobertura de incapacidad total temporal

DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD	PERIODO INDEMNIZADO
15 DÍAS A **40** DÍAS	**1** MES
41 DÍAS A **70** DÍAS	**2** MESES
71 DÍAS A **100** DÍAS	**3** MESES
101 DÍAS A **130** DÍAS	**4** MESES

CONDICIONES BENEFICIARIO

Será el Fondo en caso de desempleo involuntario, quien recibirá el pago de la indemnización.

EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA DESEMPLEO

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 60 años

Edad máxima de permanencia: 65 años

EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA PARA DESEMPLEO INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Edad mínima de ingreso: 18 años

Edad máxima de ingreso: 55 años

Edad máxima de permanencia: 60 años

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

Desempleo: $3.000.000 máximo

EXCLUSIONES DESEMPLEO

No cubrirá indemnización alguna con respecto a:

* El fallecimiento del asegurado.
* Desempleo involuntario del asegurado que se inicie dentro del periodo de carencia especificado en la carátula o certificado de la póliza.
* Jubilación, pensión o retiro anticipado del asegurado.
* Renuncia o pérdida voluntaria del trabajo del asegurado.
* Participar en paros, disputas laborales o huelgas.
* Cuando el asegurado haya sido informado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, de algún programa por parte de su empleador para reducir la plantilla laboral o iniciar despidos que de manera específica o general incluyan el área de trabajo del asegurado.
* Desempleo originado por condiciones mentales del asegurado.
* Pérdida de empleo del asegurado, notificada por el empleador previo a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o certificado.
* Terminación de un contrato de trabajo, a trabajadores con contrato temporal y/o practicantes. (Si se cubre la terminación anticipada).
* Se excluye a las personas que sean trabajadores, comerciantes o profesionales que laboren en forma independiente. (Estos eventos se cubren por la cobertura de ITT)
* Despido con justa causa.

EXCLUSIONES TOTAL TEMPORAL

Esta cobertura no cubrirá indemnización alguna con respecto a cualquier periodo de desempleo involuntario que resulte de:

* El fallecimiento del asegurado.
* Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección, actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
* Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
* Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de este contrato.
* Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado como consecuencia de estar en estado alcohólico o por el uso de estimulantes; excepto si fue prescrito por un médico.
* Accidentes originados por hacer uso de enervantes, estimulantes o cualquier droga ilegal u otra sustancia similar, salvo que se demuestre prescripción médica.
* Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico-nerviosa, neurosis y psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas; excepto si fue por causa de un accidente.

ACEPTACIÓN DE PÓLIZA DE DESEMPLEO

Declaro que entiendo y acepto las condiciones que me fueron explicadas por parte del asesor de FONDECOM y asumo el pago de la misma mediante descuento por Nómina ☐ Pago por caja ☐

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

_____ _____

Firma del asociado
Nombre:
Doc. Identificación:

Firma del asesor
Nombre:
Doc. Identificación: