

# FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO

NIT. 860.024.035-1

Personería Jurídica No. 00008 de Enero 20 de 1969



## SOLICITUD DE CRÉDITO

DD MM AAAA

Fecha de Solicitud

No. De Radicación

### 1. Línea de Crédito Solicitada

1.1 NOMBRE DE LA LINEA DE CREDITO PLAZO (meses) VALOR SOLICITADO

#### 1.3 CONTRIBUCION CARTERA:

Con base en la aprobación de la asamblea, todos los créditos que soliciten los asociados deben realizar la contribución a la cartera exceptuando los créditos de las línea Sobrehorros y Especial con Garantía Real.

¿RECOGE CRÉDITO? SI NO NÚMERO DE CRÉDITO QUE RECOGE

### 2. Datos Personales DEUDOR

2.1. NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

2.2. No. DE CÉDULA

2.3. DIRECCION RESIDENCIA

2.4. CIUDAD

2.5. TEL. RESIDENCIA

2.6. TEL. CELULAR

2.7. ACTIVOS

2.8. PASIVOS

2.9. PATRIMONIO

2.10. INGRESOS MENSUALES

2.11. GASTOS MENSUALES

**DEFINICIONES: ACTIVOS:** Es el Valor correspondiente a la sumatoria de todos los bienes que posee la persona (Dinero en Efectivo, Dinero en Cuentas Bancarias, Vivienda, Vehículo, Muebles y Enseres)

**PASIVOS:** Es el Valor correspondiente a la sumatoria de todas las deudas que tiene la persona (Créditos, Tarjetas de Crédito, Préstamos Personales).

**PATRIMONIO:** Es el Valor que resulta de restarle al Valor Total de los Activos, el Valor Total de los Pasivos.

**EJEMPLO:** ACTIVOS - PASIVOS = PATRIMONIO

#### 2.12. CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO

Nº DE CUENTA

2.13. E-MAIL PERSONAL

Ahorros

Corriente

### 3. Información Laboral

3.1. EMPRESA DONDE LABORA

3.2. TIPO DE CONTRATO

¿CUÁL?

FIJO

INDEFINIDO

OTRO

3.3. DIRECCION DE LA EMPRESA

3.4. CIUDAD

3.5. TEL. FIJO EMP.

3.6. TEL. CELULAR EMP.

3.7. FECHA DE INGRESO EMPRESA

3.8. CARGO

3.9. SALARIO BÁSICO

3.10. E-MAIL CORPORATIVO

DD

MM

AAAA

### 4. Referencias

4.1. REFERENCIA FAMILIAR

TELÉFONO(S)

4.2. REFERENCIA PERSONAL

TELÉFONO(S)

DIRECCIÓN RESIDENCIA

CIUDAD

PARENTESCO

DIRECCIÓN RESIDENCIA

CIUDAD

# AUTORIZACIONES

## AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo irrevocablemente a FESFA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor y de manera libre, previa, expresa y voluntaria, para reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a las centrales de información del sector financiero y a cualquier otra entidad que administre o maneje bases de datos pública o privada, todo lo relativo a la información comercial de que se disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales. También autorizo para que, además de los fines de análisis de riesgo de crédito, utilice la información sobre mí y la que recopile de cualquier fuente; para el desarrollo de estrategias comerciales o campañas publicitarias, a favor de FESFA o un tercero. Así mismo el envío de notificación de forma permanente e irrevocable y mientras existan vínculos comerciales, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, comunicación telefónica y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro FESFA identifique como sitios de localización.

## TRATAMIENTO DE DATOS

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2.012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2.015 y demás normas que lo adicionen modifiquen o revoquen como Titular de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y de menores de edad a mi cargo cuando así se requiera, doy mi consentimiento previo, libre, expreso e informado al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO –FESFA- para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FESFA, para que sean tratados, transferidos, cedidos y/o modificados con la finalidad de enviar información, invitación y/o promoción de productos y servicios, otorgamiento de créditos, reporte y consulta ante las centrales de riesgo y emitir los reportes que se exigen por las autoridades legalmente autorizadas de conformidad con la política de datos personales disponible en la página web [www.fesfa.co](http://www.fesfa.co).

## AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE NÓMINA

En mi calidad de Asociado a FESFA – Fondo de Empleados del sector Farmacéutico, autorizo a mi empleador \_\_\_\_\_ para que, de mi salario, bonificaciones, prestaciones sociales o de cualquier suma de dinero que se haya generado a mi favor se deduzca la cuota mensual del crédito desembolsado a mi favor y demás obligaciones que adquiera a través de FESFA. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador \_\_\_\_\_ para que las sumas descontadas mensualmente en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma mensual al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO dentro del término fijado para tal efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si mi empleador no descuenta y no paga a EL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO el valor de las cuotas mensuales del respectivo crédito, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar las cuotas mensuales y eventuales moras a través de consignaciones, transferencias o débito automático a la cuenta establecida para tal fin. También autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador, a descontar de mi salario, sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales, indemnizaciones, sumas conciliatorias, toda adición que perciba con ocasión de mi relación con la empresa que genera el vínculo, las cuotas que se estén adeudando sin límite a favor del EL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO y hasta cubrir el monto total de mis obligaciones, si se llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa y en caso de que estas no alcancen autorizo expresa e irrevocablemente a QUIEN REALICE EL PAGO DE ACUERDO CON LA LEGISLACION VIGENTE (EPS, ARL, FONDO DE PENSIONES, FONDO DE CESANTIAS), EMPRESA DONDE LLEGARE A LABORAR, para que de mis prestaciones, vacaciones y demás sumas causadas que me correspondan en virtud de la relación contractual, me sea realizado el descuento sin límite a favor del EL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO con sigla FESFA y hasta cubrir el monto total de mis créditos.

Certifico que la información que he suministrado en este documento y en los anexos a la solicitud de crédito es veraz y verificable. En constancia de haber leído, entendido y aceptado firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

**Nota: Anexar copia del Documento de Identidad y utimos 2 desprendibles de nomina. Si es asociado independiente certificados de sus ingresos.**

## 5. PARA USO EXCLUSIVO DE FESFA

Fecha de Recepción del Crédito	NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE SOLICITUD		
NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	OBSERVACIONES		
APROBADO GERENCIA FESFA	APROBADO JUNTA DIRECTIVA	APROBADO COMITÉ CRÉDITO	NÚMERO DE ACTA
SI NO	SI NO	SI NO	
OBSERVACIONES	FIRMA GERENCIA		OBSERVACIONES