

FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO

NIT. 860.024.035-1

Personería Jurídica No. 00008 de Enero 20 de 1969



SOLICITUD DE CRÉDITO CON CODEUDOR

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 N° DE CUENTA

2.13. E-MAIL PERSONAL

Ahorros
Corriente

2.14. ¿TIENES DEUDAS CON PERSONAS NATURALES?

SI NO VALOR

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

5. Deudores Solidarios

5.1. Datos Personales Deudor Solidario # 1

5.1.1. NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		5.1.2. No. DE CÉDULA	
5.1.3. DIRECCIÓN RESIDENCIA	5.1.4. CIUDAD	5.1.5. TEL. RESIDENCIA	5.1.6. TEL. CELULAR
5.1.7. ACTIVOS	5.1.8. PASIVOS	5.1.9. PATRIMONIO	5.1.10. INGRESOS MENSUALES 5.1.11. GASTOS MENSUALES
5.1.12. CUENTA BANCARIA NOMBRE DEL BANCO		Nº DE CUENTA	5.1.13. E-MAIL PERSONAL Ahorros Corriente

5.2. Información Laboral

5.2.1. EMPRESA DONDE LABORA		5.2.3. TIPO DE CONTRATO ¿CUÁL? FIJO INDEFINIDO OTRO	
5.2.4. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	5.2.5. CIUDAD	5.2.6. TEL. FIJO EMP.	5.2.7. TEL. CELULAR EMP.
5.2.8. FECHA DE INGRESO EMPRESA DD MM AAAA	5.2.9. CARGO	5.2.10. SALARIO BÁSICO	5.2.11. E-MAIL CORPORATIVO

5.3. Referencias

5.3.1 REFERENCIA FAMILIAR	TELÉFONO(S)	5.3.2. REFERENCIA PERSONAL	TELÉFONO(S)
DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD	DIRECCIÓN RESIDENCIA	CIUDAD

6. Deudores Solidarios

6.1. Datos Personales Deudor Solidario # 2

6.1.1. NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS		6.1.2. No. DE CÉDULA	
6.1.3. DIRECCION RESIDENCIA	6.1.4. CIUDAD	6.1.5. TEL. RESIDENCIA	6.1.6. TEL. CELULAR
6.1.7. ACTIVOS	6.1.8. PASIVOS	6.1.9. PATRIMONIO	6.1.10. INGRESOS MENSUALES 6.1.11. GASTOS MENSUALES
6.1.12. CUENTA BANCARIA NOMBRE DEL BANCO		Nº DE CUENTA	5.1.13. E-MAIL PERSONAL Ahorros Corriente

6.2. Información Laboral

6.2.1. EMPRESA DONDE LABORA

6.2.3. TIPO DE CONTRATO

¿CUÁL?

FIJO INDEFINIDO OTRO

6.2.4. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

6.2.5. CIUDAD

6.2.6. TEL. FIJO EMP.

6.2.7. TEL. CELULAR EMP.

6.2.8. FECHA DE INGRESO EMPRESA
DD MM AAAA

6.2.9. CARGO

6.2.10. SALARIO BÁSICO

6.2.11. E-MAIL CORPORATIVO

6.3. Referencias

6.3.1 REFERENCIA FAMILIAR

TELÉFONO(S)

6.3.2. REFERENCIA PERSONAL

TELÉFONO(S)

DIRECCIÓN RESIDENCIA

CIUDAD

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.

Así mismo, comprendo mi derecho de no aceptar recibir mensajes comerciales, salvo aquellos asuntos estrictamente relacionados con el producto o servicio adquirido con FESFA y/o sus filiales, así como elegir un canal de contacto específico para el envío de comunicaciones comerciales y gestión de cobranza de las obligaciones contraídas. Por otra parte, entiendo que puedo solicitar ser contactado en algún horario distinto a los reglamentados en la Ley 2300 de 2023. Por lo anterior, puedo realizar dicha solicitud a través del correo larena.rojas@fesfa.co. Como titular de la información suministrada, me comprometo a mantener mis datos actualizados y verificados, con una periodicidad anual, para los efectos pertinentes en las labores administrativas, informativas y demás comunicaciones que competen al objeto social del Presente y sus filiales. De igual manera procederé a actualizar los datos en los periodos que sean requeridos, de acuerdo con las necesidades y/o mejora en los canales, productos y/o servicios recibidos del Presente. Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud a la cuenta de correo larena.rojas@fesfa.co o mediante correo ordinario remitido a la dirección AV. Calle 100 # 60-04 Ofc. 619 Bogotá.

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.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: A través de este formulario, he presentado a FESFA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por FESFA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a FESFA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a FESFA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

Nota: Anexar copia del Documento de Identidad y último desprendible de nómina

7. 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