



Nit. 890.329.483-7

# FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

## Solicitud de crédito

CIUDAD Y FECHA: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

NOMBRE DEL ASOCIADO: \_\_\_\_\_ CEDULA No. \_\_\_\_\_

DIRECCION RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ TEL. FIJO: \_\_\_\_\_

TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. EMPRESA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

VALOR ACTIVOS: \_\_\_\_\_ VALOR PASIVOS: \_\_\_\_\_

INGRESOS POR OTRAS ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_ CONCEPTO: \_\_\_\_\_

### CREDITO SOLICITADO:

LÍNEA: \_\_\_\_\_ VALOR TOTAL SOLICITADO \$ \_\_\_\_\_

PARA CANCELARLO EN: \_\_\_\_\_ MESES CON \_\_\_\_\_ CUOTAS EXTRAS DE \$ \_\_\_\_\_ CADA UNA.

### REFERENCIA FAMILIAR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ CEL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ENTIDAD DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CUENTA PARA DESEMBOLSO: BANCO: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Tipo AH: \_\_\_\_\_ CTE: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_ CÉDULA No. \_\_\_\_\_



# FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

## Solicitud de crédito

### INFORMACION DE LOS CODEUDORES:

#### PRIMER CODEUDOR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA No \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

VALOR DE APORTES: \$\_\_\_\_\_ SALDO DE CRÉDITOS: \$\_\_\_\_\_

#### SEGUNDO CODEUDOR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA No \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIA \_\_\_\_\_ BARRIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TEL. FIJO: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

EMPRESA DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

VALOR DE APORTES: \$\_\_\_\_\_ SALDO DE CRÉDITOS: \$\_\_\_\_\_

**CLAUSULA ESPECIAL DE ATENCIÓN DE RECLAMOS:** “En este momento de ingreso a la póliza “Deudas por Muerte” y “Ahorros Permanentes y Aportes Sociales por Muerte” declaro que me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida, que no padezco ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, diabetes, sida, hipertensión arterial, cáncer, alcoholismo, tabaquismo y en general ninguna enfermedad preexistente al inicio de este seguro”.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Con la firma de este documento se autoriza a FEBIFAM para que verifique la información consignada en el mismo y efectúe los procedimientos establecidos en su reglamento de crédito, así como también utilice la misma para su gestión comercial.

-----  
FIRMA DEUDOR  
C.C.

-----  
FIRMA PRIMER CODEUDOR  
C.C.

-----  
FIRMA SEGUNDO CODEUDOR  
C.C.



## FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

PAGARE No \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Yo (nosotros), \_\_\_\_\_ mayor(es) de edad, domiciliado(s) en \_\_\_\_\_, respectivamente, identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) respectiva (s) firma (s) actuando en

mi (nuestro) propio nombre y representación, por medio del presente documento manifestamos que deseamos suscribir un pagaré que se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA. OBJETO:** Que por virtud del presente título valor pagaremos incondicionalmente, a la orden del **FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR-FEBIFAM** su orden o a quien represente sus derechos, en la ciudad y dirección indicadas, en las fechas de amortización, por cuotas señaladas en la cláusula segunda de este mismo pagaré, la suma de

\_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

por concepto de capital, más los intereses señalados en la cláusula tercera de este documento. Se conviene por las partes que si de acuerdo con el plan de pagos establecido, las primeras cuotas pactadas no son suficientes para cubrir el valor de los intereses causados, la parte de éstos no pagada será capitalizada, dando lugar al cobro de intereses sobre intereses causados y no pagados, en los casos autorizados por la Ley. **SEGUNDA. PLAZO:** Que pagaré(mos) la suma indicada en la cláusula anterior mediante el plan de pagos establecido, adjunto a este pagaré. **TERCERA. INTERESES:** Que sobre la suma debida reconoceré(emos) intereses vencidos equivalentes a la tasa de \_\_\_\_\_ % nominal mensual sobre el capital o su saldo insoluto. En caso de mora reconoceré(emos) intereses a la máxima tasa mensual nominal permitida por las autoridades competentes, en el momento de liquidarlos. El hecho de que Febifam reciba pagos o abonos parciales no implica condonación de la mora, ni extinción del plazo ni que Febifam renuncie a cobrar la totalidad de lo adeudado. **CUARTA. CLAUSULA ACCELERATORIA:** Que en cualquiera de los eventos que en adelante se señalan, quedará automáticamente extinguido o insubsistente el plazo que falte para el vencimiento final de la obligación y quedará(mos) constituido (s) en mora por el saldo de la deuda pendiente, incluidos capital, intereses, costas del proceso, primas de seguros y demás gastos, pudiendo Febifam en consecuencia, exigir judicial o extrajudicialmente el pago total de la obligación: 1: Retardo o incumplimiento o mora en el pago de una o más cuotas continuas o discontinuas de amortización de capital y/o intereses remuneratorios y/o moratorios. 2: Retardo o incumplimiento o mora en el pago del valor de las cuotas, correspondientes a las primas de seguros, y todos aquellos gastos legalmente autorizados. 3: Incumplimiento de cualquier otro compromiso que haya(mos) asumido con Febifam, así sea que conste en el presente pagaré o en cualquier otro documento. 4: Si a juicio de Febifam, las garantías que respaldan el crédito otorgado, no mantuvieren los niveles de cobertura adecuados, o sufrieren deterioro o fueren perseguidos por otros acreedores. 5: Si se iniciare acción judicial en mi (nuestra) contra. 6: Cuando se presenten cambios en mi (nuestra) situación financiera, jurídica o económica, que a juicio de Febifam pongan en peligro el pago oportuno de la (s) obligación (es) aquí consignada (s) o de cualquier otra que conste en otro documento a favor de Febifam. 7: Si falleciera(mos) cualquiera de los codeudores. 8: Si solicito (amos) o soy (mos) objeto de concordato, concurso de acreedores, liquidación obligatoria o disolución. 9: Si cometo(emos) inexactitud en balance, informes, declaraciones o en los documentos presentados a Febifam. 10: Si no remito (imos) oportunamente las informaciones que requiera Febifam para los efectos de la evaluación de los créditos, así como las necesarias para la actualización de la información que exige el conocimiento del cliente, en virtud de las instrucciones impartidas por la Supersolidaria. Parágrafo primero: Cuando por la ocurrencia de alguna (s) de la (s) circunstancias descritas en esta cláusula, opere la extinción o insubsistencia del plazo faltante, los intereses moratorios serán liquidados sobre el saldo insoluto del capital a la tasa máxima legalmente permitida. Si se restituye nuevamente el plazo, los intereses de mora se liquidarán sobre las cuotas periódicas vencidas, aun cuando estas comprendan solamente intereses, en los términos de ley. **QUINTA:** Expresa e irrevocablemente autorizo (amos) a Febifam para descontar y compensar cualquier saldo (Aportes, Ahorro Permanente, ahorros voluntarios, CDAT, etc) que a mi (nuestro) favor me (nos) llegare a adeudar Febifam con los valores que a éste le adeude(mos) y que estén representados en este pagaré. **SEXTA:** Que declaro (amos) que las garantías admisibles (hipotecas, prendas, etc.) que tenga (amos) constituidas o que constituya(mos) en el futuro conjunta o separadamente a favor de Febifam garantizan la presente obligación y todas las que por cualquier concepto contraiga(mos) en el futuro. **SEPTIMA:** Los gastos de avalúos, impuestos, seguros y timbres que se causen por concepto de la legalización de los documentos y garantías del presente crédito, serán de mi (nuestro) cargo, al igual que el pago de las costas y gastos de cobranza judicial o extrajudicial. **OCTAVA:** Queda expresamente excusado la presentación para el pago del aviso de rechazo y el protesto de este pagaré. De igual manera renuncio (amos) a favor de Febifam el derecho de nombrar Depositario o Secuestre de bienes en el evento que se promueva acción judicial para el cobro de la obligación sin ulterior responsabilidad para el acreedor por el perjuicio de este derecho. **NOVENA:** Acepto (amos) desde ahora cualquier endoso que de este título valor hiciese el acreedor y declaro (amos) excusada la presentación para el pago del aviso de rechazo y el protesto. **DECIMA:** Igualmente autorizo (amos) a Febifam para consultar, reportar e informar a las Centrales de Riesgo los datos relativos a mis (nuestras) obligaciones crediticias. **ONCE:** Declaro que la(s) cuota(s) que se me va(n) a descontar para pagar el crédito que por este instrumento se me otorga, no afectan mi situación económica ni mi estándar de vida.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
C.C No. \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
C.C No. \_\_\_\_\_

**CARTA DE INSTRUCCIONES**

Ciudad \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Señores

Fondo de Empleados y Trabajadores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -Febifam

Yo(Nosotros) \_\_\_\_\_, mayor(es) de edad, domiciliado(s) en \_\_\_\_\_ identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestras) respectiva(s) firma(s), actuando en mi(nuestro) propio nombre y representación, por medio de la presente y haciendo uso de las facultades conferidas en el Artículo 622 del Código de Comercio, impartimos las instrucciones para que sean llenados los espacios en blanco del pagaré que en la fecha de la presente hemos suscrito a favor de Febifam. Tales instrucciones son:

- 1- Los espacios en blanco se llenarán cuando el deudor incumpla cualesquiera de las obligaciones derivadas de la relación comercial.
- 2- La fecha será aquella en que se llenen los espacios dejados en blanco
- 3- El vencimiento lo determinará Febifam según la exigibilidad de las obligaciones de conformidad con sus reglamentos y políticas, las cuales acepto(amos) aún con sus futuras modificaciones. En todo caso la fecha de vencimiento también podrá ser la que Febifam unilateralmente determine, cuando decidiere hacer exigibles las sumas adeudadas que se hiciesen representar en el título valor suscrito en blanco.
- 4- El monto de la obligación por concepto de capital será igual al valor de los saldos insoluto que por préstamos, cuotas y servicios me(nos) hubiese otorgado Febifam. Adicionalmente, el Fondo podrá hacer exigible con este pagaré, cualquier suma que por cualquier otro concepto le llegase(mos) a adeudar individual o conjuntamente.
- 5- Intereses Corrientes: Los espacios en blanco de este concepto se llenarán de acuerdo a la tasa establecida en el momento en que se haya otorgado el crédito y que se hayan causado con anterioridad a la fecha que se señale como de vencimiento.
- 6- Intereses Moratorios: Los espacios en blanco de este concepto se llenarán a la máxima tasa legal vigente, de conformidad con el Artículo 884 de Código de Comercio y a la certificación expedida por la Superintendencia Bancaria.

Atentamente,

FIRMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE:  
C.C No.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE:  
C.C No.



# FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR

## AUTORIZACIÓN DE LIBRANZA O DESCUENTO DIRECTO

Señores:

### EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

Yo, \_\_\_\_\_ declaro que, de manera libre, gratuita y voluntaria, me he asociado al FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM, y que por tanto he decidido realizar con el FONDO las operaciones de libranza objeto de la presente autorización.

En Santiago de Cali, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, vecino(a) de \_\_\_\_\_ identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, actuando en mi calidad de asociado(a) al FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM y de deudor o deudor solidario del mismo, y conforme con la Ley 1527 de 2012, el decreto 1481 de 1989, y demás normas concordantes, me permito informar que por medio del presente escrito **AUTORIZO DE MANERA LIBRE, EXPRESA E IRREVOCABLE** a mi entidad pagadora \_\_\_\_\_ para que realice descuentos de mi salario, o pagos u honorarios, bonificaciones, prestaciones sociales, o de cualquier otro pago que se me deba hacer como empleado(a), con el objeto de que sean girados a favor del FONDO DE EMPLEADOS FEBIFAM, para atender el pago de aportes, productos, bienes y servicios objeto de la presente libranza, a partir de la fecha de suscripción de esta autorización.

\_\_\_\_\_ en calidad de entidad pagadora, está facultada legal y convencionalmente para aceptar la libranza y para:

1. Retener de mi salario, o de los pagos y honorarios, bonificaciones, prestaciones sociales, vacaciones y/o cualquier otra suma de dinero que se genere a mi favor en virtud de la vinculación como empleado, para atender el pago de aportes ordinarios del valor de mi salario. Estos descuentos se harán a partir de la fecha de suscripción de esta autorización y mientras dure mi vinculación al Fondo de Empleados.
2. Realizar las retenciones por concepto de obligaciones y/o préstamos concedidos por el Fondo, o por adquisición de productos o servicios, en forma mensual y por el período y valor reportado por el Fondo, por concepto de capital, intereses y seguros.
3. Trasladar dichas cuotas o valores retenidos a favor del Fondo, en la misma fecha en que se me efectúe el pago y en todo caso, sin que exceda mi empleador o entidad pagadora, de tres días hábiles siguientes de conformidad con la Ley 1527 de 2012.
4. Realizar los descuentos y/o retenciones a favor del FONDO, sobre los conceptos pagados a mi favor en períodos en vacaciones y licencias, a fin de que se proceda a descontar y girar a su favor, el valor de las cuotas correspondientes al tiempo de duración de las vacaciones o licencias procediendo en consecuencia a descontarlas del pago que me haga mi empleador o entidad pagadora antes de comenzar a disfrutarlas.
5. Extender mi autorización de descuentos con el fin de corregir descuentos mal reportados o no realizados en un determinado período.
6. Cumplir a cabalidad con la retención de los valores reportados por el FONDO y el giro a su favor, inclusive una vez me encuentre desvinculado del mismo, y posea obligaciones crediticias sin cancelar en su totalidad y hasta por el tiempo que la deuda sea pagada.

Tratándose de créditos u obligaciones a favor del FONDO, dejo constancia que hemos convenido que las tasas de interés correspondiente a los productos y servicios objeto de la libranza, no podrán superar la tasa máxima permitida

legalmente. Declaro igualmente que conozco y acepto el plan de pagos de mi(s) obligación(es) y el monto de los aportes sociales a pagar como asociado al FONDO.

Expresamente dejo constancia que una vez efectuados los descuentos de ley, recibo una suma igual o superior al cincuenta por ciento (50%) del neto de mi salario y que la presente libranza no afecta el mínimo vital para mi subsistencia.

Así mismo, en mi calidad de DEUDOR SOLIDARIO autorizo para que ante el aviso que les efectúe el FONDO del incumplimiento de la obligación por parte del deudor, iniciar los descuentos reportados, con el fin de aplicarlos a los valores adeudados para las obligaciones adquiridas como DEUDOR SOLIDARIO. La aceptación de esta libranza opera también en caso de mi retiro o terminación de contrato sobre las sumas recibidas por salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, liquidaciones, bonificaciones, cesantías y cualquier otro concepto.

En caso de mi retiro o terminación del contrato de trabajo con mi empleador o entidad pagadora por cualquier causa, en mi calidad de asociado del FONDO sin haber cancelado la totalidad del crédito recibido, autorizo de manera irrevocable a retener de mi salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, liquidaciones, bonificaciones, cesantías y de cualquier otra suma que se me adeudare a la fecha de mi retiro, la suma de dinero que Febifam les informe, destinada a la cancelación total de la referida obligación, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 59, núm. 1, lit. b) y 149, núm. 1 del Código Sustantivo del Trabajo.

Entiendo y acepto que en caso que cambie de empleador o entidad pagadora, me obligo a informar al FONDO de dicha situación, sin perjuicio de que la simple suscripción de la presente libranza y/o autorización de descuentos suscrita, faculte al FONDO de manera unilateral para solicitar a mi nuevo empleador o entidad pagadora el giro correspondiente a los recursos a que tengo derecho, para la debida atención de las obligaciones por mi adquiridas bajo la modalidad de libranza o descuento directo hasta la cancelación total de los valores adeudados.

Mi(s) deudor(es) solidario(s) con su firma en este documento, autorizan a su empleador o entidad pagadora, para que, en caso de incumplimiento de mi parte en el pago de la obligación contraída, le(s) descuenten a él (ellos) de su salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, liquidaciones, cesantías o mesadas pensionales y de cualquier otro pago que se le(s) deba(n) hacer, las sumas adeudadas por capital e intereses hasta cancelar totalmente la suma adeudada.

DEUDOR: _____  C.C. No. _____	FIRMA: _____  FIRMA: _____	HUELLA: _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____  C.C. No. _____	FIRMA: _____  FIRMA: _____	HUELLA: _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____  C.C. No. _____	FIRMA: _____  FIRMA: _____	HUELLA: _____



#### 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 **FEBIFAM** 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 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 establecida por el **FONDO DE GARANTIAS S.A. CONFE** la cual será cobrada de acuerdo con el saldo del crédito y por la duración del mismo de manera anticipada y teniendo en cuenta la duración del crédito.

#### ESQUEMA ÚNICO ANTICIPADO

AÑOS DEL CRÉDITO	1	2	3	4	5
COMISIÓN A PAGAR	1,68%	2,67%	3,57%	4,26%	4,74%

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 riesgo 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 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. 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 facilita 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 término 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 GARANTIAS 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 GARANTIAS 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 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. CÓNFE, con dirección física en la Avenida 5CN° 24N 42 en la ciudad de Cali, dirección electrónica: [acabrer@fgconfe.com](mailto:acabrer@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. \_\_\_\_\_

Vida Grupo   
Grupo Aportes

Grupo Deudores   
Grupo Directivos

Protección Familiar   
Plan A  B  C

**DATOS TOMADOR**

TOMADOR **FONDO DE EMPLEADOS Y TRABAJADORES DEL SISTEMA NACIONAL DE BF** C.C./NIT **890.329.483-7**  
DIRECCIÓN **CRA 45 # 3A-96 BARRIO EL LIDO** CIUDAD **CALI - VALLE DEL CAUCA** TELÉFONO **3104906456**

**DATOS ASEGURADO**

ASEGUROADO PRINCIPAL		C.C.
CORREO ELECTRÓNICO		¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?
OCCUPACION	CARGO	FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL	VALOR ASEGURADO SOLICITADO	TOTAL VALOR ASEGURADO

El campo "TOTAL VALOR ASEGURADO" aplica únicamente para Vida Grupo Deudores

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DATOS SENSIBLES:** son facultativas las respuestas a las preguntas que se le realice sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente, en consecuencia, no será obligado a responderlas. Con el diligenciamiento y firma de la declaración de asegurabilidad está autorizando expresamente a LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO y a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

ORGANISMO COOPERATIVO identificadas con Nit. 860.028.415-5 y 830.008.686-1 respectivamente a realizar el tratamiento de sus datos sensibles, en especial los contendios en la definición de la normatividad aplicable sobre la materia particularmente, los relativos a la salud. Asimismo, son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes y en consecuencia no ha sido obligado a responderlas.

**ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE**

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C -C.E.-T.I. - R.C)	Nº DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%
EN BLANCO					

\* Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

**DATOS RELATIVOS A LA SALUD**

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:

PESO \_\_\_\_\_ ESTATURA \_\_\_\_\_

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES                       | <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGÍA   | <input type="checkbox"/> |
| 2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES                      | <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO   | <input type="checkbox"/> |
| 3. CÁNCER  | <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN  | <input type="checkbox"/> |
| 4. DIABETES  | <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL  | <input type="checkbox"/> |
| 5. VIH POSITIVO / SIDA                               | <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS  | <input type="checkbox"/> |
| 6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA                       | <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS   | <input type="checkbox"/> |
| 7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR<br>OBSTRUCTIVA CRÓNICA | <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO (ENFERMEDAD<br>QUE AFECTA EL SISTEMA AUTOINMUNE) | <input type="checkbox"/> |

**EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo (en adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento para los fines y tratamientos descritos a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales estadísticos, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización de las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las Centrales de Información de bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ésta ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Además que los datos podrán ser transferidos o trasmisidos, para las finalidades mencionadas a continuación: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Coaseguro Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención, control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales; 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento; 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me han preguntado sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia he sido obligado a responderlas; 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos; 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la normatividad vigente sobre datos personales. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento; 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales Organismo Cooperativo y/o La Equidad Seguros de Vida Organismo Cooperativo, cuyos datos de contacto se encuentran publicados en la página web [www.laequidadseguros.coop](http://www.laequidadseguros.coop); 0. Que con la suscripción del presente documento autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año **2025**

**FIRMA ASEGURADO** \_\_\_\_\_

Autoriza Ingreso: Si  No

Nombre y firma de quien autoriza \_\_\_\_\_

Huella del índice derecho del asegurado

