Fondo de empleados Grupo Flamingo forjando

FONDO DE EMPLEADOS GRUPO FLAMINGO FORJANDO
SOLICITUD DE CRÉDITO

ASESOR QUE ATIENDE LA SOLICITUD _____

SOLICITANTE Asociado Empleado ☐ Asociado Pensiondado ☐ Codeudor ☐

Fecha Diligenciamiento Dia / Mes / Año

La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para FORJANDO.

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:

Género F ☐ M ☐ | Fecha Nacimiento: Dia | Mes | Año | Lugar de Nacimiento: Ciudad. / Dpto. | Nacionalidad:

Tipo de Identificación CC ☐ CE ☐ | Número Documento: | Fecha de Expedición de la Cédula: Dia | Mes | Año | Ciudad. / Dpto.

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ | Nivel máximo de estudios: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnológico ☐ Universitario ☐ Posgrado ☐ Magister ☐ Otro _____

Tipo de Vivienda: Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Propia con Hipoteca ☐ | Estrato | Teléfono Residencia: | Dirección Residencia: | Número Celular:

Barrio | Ciudad | Dpto.

E-mail Personal | E-mail Empresarial

No. Cuenta de Nómina: | Ahorros ☐ Corriente ☐ | Entidad

1. ¿A la fecha se encuentra en perfecto estado de salud? SI ☐ NO ☐
2. ¿En los últimos 6 meses ha sido hospitalizado? SI ☐ NO ☐
3. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por algún tipo de enfermedad? SI ☐ NO ☐
   si su respuesta es sí indique cuál enfermedad _____
4. ¿Ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente o parcial? SI ☐ NO ☐

2. INFORMACIÓN CONYUGE/ COMPAÑERO PERMANENTE

Género F ☐ M ☐ | Nombre completo: | Primer Apellido: | Segundo Apellido:

Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ | Número Documento: | Número Celular: | Empleado ☐ Pensionado / Jubilado ☐ Independiente ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Desempleado ☐

Empresa donde Labora: | Número Telefónico: | Extensión:

Correo Electrónico:

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ASOCIADO

Séctor de la Empresa: Público ☐ Privado ☐ | Tipo de Contrato: Indefinido ☐ Término Fijo ☐ Fijo inferior a un año ☐ Obra o labor ☐

EMPLEADO

Nombre de la Empresa: | Dirección Empresa: | Ciudad. | Dpto.

Teléfono: | Ext. | Cargo u Oficio | Fecha de ingreso a la Empresa: Dia | Mes | Año

Jefe Inmediato | Salario: $_____ | Periodo de pago: Quincenal ☐ Mensual ☐

PENSIONADO

Nombre de la Empresa / Negocio: | Dirección Empresa: | Ciudad. | Dpto.

Teléfono: | Ext. | Actividad Económica: | Código CIUU:

Si es pensionado indique la entidad de pensión y mesada mensual

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS

Salario: $ _____
Otros Ingresos: $ _____
Total Ingresos: $ _____
Concepto otros ingresos:

EGRESOS

Gastos Personales: $ _____
Otros Egresos: $ _____
Total Egresos: $ _____
Concepto otros egresos:

Activos: $ _____
Pasivos: $ _____
Patrimonio: $ _____
Declara Renta SI ☐ NO ☐

5. ENTREVISTA PEPS

1. ¿Es servidor público? SI ☐ NO ☐
2. ¿Administra recursos públicos? SI ☐ NO ☐
3. ¿Persona públicamente reconocida? SI ☐ NO ☐
4. ¿Es contratista con el Estado, Departamento, Municipio o algún Ente descentralizado? SI ☐ NO ☐
5. ¿Administra recursos económicos de comunidades religiosas? SI ☐ NO ☐
6. ¿Tiene vínculos ya sea de afinidad o consanguinidad con personas públicamente expuestas? SI ☐ NO ☐

6. DETALLES DE INMUEBLES DE SU PROPIEDAD

Tipo (Casa, apto, finca, local, bodega)	Dirección	Ciudad. / Dpto.	Hipoteca a Favor de

7. DETALLES DE VEHÍCULOS DE SU PROPIEDAD

Tipo (Carro / Moto)	Marca	Modelo	Placa No.	Prenda a Favor de:	Servicio Publico	Servicio Particular

Powered by CamScanner

8. REFERENCIAS

¿Tiene algún familiar vinculado laboralmente con el Fondo de empleados o que sea integrante de la junta Directiva? SI ☐ NO ☐

Parentesco Nombre Completo Cargo

Familiares que no vivan con usted	Nombre	Parentesco	Teléfono	Celular
	Nombre	Parentesco	Teléfono	Celular
Personal	Nombre		Teléfono	Celular

9. INFORMACIÓN SOLICITUD DE CRÉDITO

TIPO DE CRÉDITO: Libre Inversión ☐ Educación ☐ Vehículo ☐ Mejoras/Legalización ☐ Vivienda ☐ Convenio ☐ Salud ☐ Compra Cartera ☐ Recreación/Turismo ☐ Otro/Cual _____

VALOR SOLICITADO $ _____ PLAZO EN MESES _____ REFINANCIACIÓN ____ No. Pagaré a Refinanciar _____

Tipo de Garantía: Aportes ☐ FGA ☐ Vehículo ☐ CDAT ☐ Codeudor ☐ Cesantías ☐ Cuotas Extras/Cual: _____ Valor _____

10. APROBACIÓN SOLICITUD DE CRÉDITO (USO EXCLUSIVO DE FORJANDO)

VALOR APROBADO $ PLAZO EN MESES TASA EFECTIVA ANUAL GARANTÍA

OBSERVACIONES

Aprobaciones Comité de Crédito.

Firma _____ Nombre: Cédula:

Firma _____ Nombre: Cédula:

Firma _____ Nombre: Cédula:

11. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES GENERALES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de riesgo. Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras y comerciales. Por lo tanto conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a las mismas de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordeminamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y jurisprudencia, las cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser publicos, conozco plenamente.

De acuerdo a las Leyes 1266 de 2008 de habeas data, la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos y al Decreto 1377 de 2013, como Titular doy mi consentimiento para la recolección, análisis y almacenamiento de mis datos personales, incluso datos biométricos, manejo de información contenida en bases de datos personales en especial la financiera, la crediticia, comercia, de servicios y la proveniente de terceros paises y para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FORJANDO; Acepto que esta autorización estará vigente a partir del momento en que la acepto y durante el tiempo en que FORJANDO ejerza las actividades propias de su objeto social. Las presentes prácticas estarán vigentes hasta su modificación, que se entenderá efectiva y notificada en el momento en que sea publicada en cualquiera de los sitios que establezcan. Por lo tanto, FORJANDO se reserva el derecho de hacer las modificaciones que considere necesarias sin dar previo aviso a los Asociados. Para consultas, reclamos, quejas o para el ejercicio de los derechos como usuario o cliente, puedo comunicarme a forjando@flamingo.com.co, a la línea (4) 5768888 Ext. 40049, 40050, 40051 ó 40052, en el horario de lunes a viernes de 7:00 a.m a 5:00 p.m; o radicarla directamente en nuestra oficina ubicada en la Calle 27#46-70 / Centro comercial Punto clave - Local 0121, Medellín - Antioquia.

También autorizo que las comunicaciones e información relacionada con los servicios que llegase a tener con FORJANDO, incluida la comunicación previa al reporte negativo de que trata el artículo 12 de la Ley 1266, me sean entregados por medios de comunicación válidamente aceptados tales como: e-mail, mensajes de texto, comunicados escritos, entre otros. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con FORJANDO o con quien represente sus derechos o ostente en el futuro cualquier título la calidad de acreedor. Autorizo a FORJANDO para que mis datos personales y los de mi grupo familiar sean utilizados para adelantar actividades comerciales, institucionales, de seguimiento, recuperación de obligaciones y en general para el desarrollo del objeto social de la entidad y para nuestro beneficio.

12. DECLARACIÓN

Yo obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí es cierto, declaro:

- Que mi actividad económica, laboral, profesión u oficio es lícito y lo ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano.
- Que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
- Que el origen de los recursos y demás activos proceden del giro ordinario de actividades licitas y que los recursos que entrego provienen de las siguientes fuentes _____
- Que los recursos que se deriven durante el desarrollo del vinculo que suscriba con **FORJANDO** no se destinaran a la Financiación del terrorismo o de grupos armados para el desarrollo de actividades terroristas.
- Que autorizo a **FORJANDO** a terminar unilateralmente todo vinculo jurídico o exigir en forma anticipada el pago de cualquier obligación en caso de sospecha en la realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre lavado de activos o financiación del terrorismo o porque aparezca mi nombre o identificación en las listas restrictivas o vinculantes.
- Que por lo tanto eximo a **FORJANDO** de toda responsabilidad que se derive por la información errónea o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o en cualquier documento que la modifique, adicione o complemente.
- Que conozco y aplico las normas de prevención de lavado de activos y financiación de terrorismo y no permitiré que terceros realicen transacciones en los productos de **FORJANDO** o entreguen a mi nombre, fondos, bienes y/o servicios relacionados con actividades ilícitas a favor de personas involucradas con las mismas.

13. INFORMACIÓN PREVIA

Declaro que he recibido por parte de **FORJANDO** en forma previa al desembolso del crédito, información completa, legible y comprensible de las condiciones y términos del contrato de crédito, especialmente acerca de: Monto de capital, forma y periodicidad de pago, valor de cada cuota, fecha de pago, tasas de interés, póliza vida deudores y póliza contra incendio y terremoto, moras en términos efectivos anuales, naturaleza fija o variable de la tasa de interés, gastos, y recargos aplicables, derecho de acceso a su calificación de riesgo, condiciones de pago anticipado, consecuencias en caso de incumplimiento, que incluyen los derechos propios y los siguientes aspectos propios de la gestión de cobro: **a)** políticas y mecanismos de cobranza, **b)** momento a partir del cual se inicia la gestión de cobranza, **c)** gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlos, **d)** dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza, **e)** personas y entidades autorizadas para celebrar acuerdos de pago, **f)** canales habilitados para efectuar el pago.

14. OTRAS DECLARACIONES

1. Si se presentan cambios en los datos consignados, me obligo a informarlos oportunamente a el Fondo y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. **2.** Manifiesto que acato las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen el Fondo. De igual forma, acato las decisiones que en desarrollo de las actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración. **3.** El titular del crédito, está ampliamente enterado de que el Fondo a través de una compañía aseguradora, tomará una póliza de seguro de vida deudores, amparando contra el riesgo de muerte a los titulares del crédito, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y demás estipulaciones consignadas en la póliza de seguro. **4.** Autorizo expresamente a la Empresa de la cual soy empleado, para consultar la información financiera relacionada con los productos que he adquirido con el Fondo, para pago a través de descuento de nómina. **5.** Autorizo al Fondo a cancelar unilateralmente y de manera inmediata la asociación a estas entidades como también mis ahorros obligatorios y demás modalidades de depósito, por la información errónea, falsa e inexacta que yo hubiera proporcionado. **6.** Es mi decisión personal y voluntaria cumplir los requisitos exigidos para hacerme asociado del Fondo y en esa condición declaro mi adhesión al acuerdo Cooperativo, los estatutos y demás normas que lo regulan. Me comprometo igualmente a conocer, practicar y fomentar la filosofía del Fondo y pensamiento solidario y aceptar la responsabilidad que me corresponde como deudor de las obligaciones que adquiera con el Fondo. **7.** Certifico que la información suministrada en este formulario es verídica y autorizo al Fondo de Empleados FORJANDO para que la verifiquen. Autorizo al área de Gestión Humana de la empresa _____ a la cual estoy vinculado, para que le brinde información y documentación requerida para la vinculación al Fondo de Empleados FORJANDO.

FIRMA Y HUELLA

Realiza operaciones en moneda extranjera SI ☐ NO ☐ Cuáles: _____

Posee cuentas en moneda extranjera SI ☐ NO ☐ N° cuenta _____ Banco _____ Moneda _____ Ciudad _____ País _____

QUIEN SUMINISTRE INFORMACION QUE NO CORRESPONDA A LA REALIDAD INCURRE EN EL DELITO DE FALSEDAD EN DOCUMENTO PRIVADO Arts 289-290 CP.

ACEPTO Y AUTORIZO MI AFILIACIÓN A ESTAS ENTIDADES.

FIRMA ASOCIADO

Huella Indice derecho

CC: de:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA EMPRESA

USO EXCLUSIVO DEL ASESOR QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN

FECHA	Día	Mes	Año	LUGAR	HORA	AM ☐ PM ☐

OBSERVACIONES DE LA VERIFICACIÓN DE DATOS Y REFERENCIAS:

NOMBRE _____

CARGO _____

FIRMA _____

Powered by CamScanner

Grupo Flamingo

Fondo de Empleados y Obreros de Almacenes Flamingo S.A. y de Agrocomercial la Alborada A. Restrepo y Cía. S.C.A.

CARTA DE INSTRUCCIONES No.

Señores
Fondo de Empleados
FORJANDO

Yo (Nosotros) _____, obrando en nombre propio, identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s), por el presente documento y en términos del Artículo 622 del Código de Comercio, en concordancia con la circular externa número D.B.010 del 31 de enero de 1985, expedida por la Superintendencia Bancaria, autorizo(amos) irrevocable y permanentemente al Fondo de Empleados y Obreros de Almacenes Flamingo S.A. y de Agrocomercial la Alborada A. Restrepo y Cía. S.C.A, de acá en adelante FORJANDO o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legitimo del pagare identificado con el numero _ _ _ _ _ _, para llenar los espacios dejados en blanco, de dicho documento, de conformidad con las siguientes instrucciones.1°. La cuantía del pagaré será igual al monto de todas las sumas exigibles que por capital, interés, o cualquier otro concepto el suscrito esté debiendo a Forjando, o a su orden, el día que sean llenados los espacios en el título valor; 2°. El pagaré podrá hacerse efectivo automáticamente ante la justicia ordinaria y extinguido el plazo concedido, por mi (nuestro) incumplimiento a cualquiera de las obligaciones contenidas en el pagaré de fecha_ _ _ _ _ _ _ _,3°. En materia de intereses se observará para su cálculo y liquidación las siguientes pautas; A, Los intereses corrientes y moratorios serán los máximos legalmente autorizados para la(s) obligación (es) asumidas por Mi (Nosotros) frente a FORJANDO, y conforme a las tasas máximas de interés certificadas. B, En caso de que por Mi (Nuestro) incumplimiento, FORJANDO, optare por declarar vencido el plazo y hacer exigible de inmediato la cancelación de todas las obligaciones a Mi (Nuestro) cargo, está facultado para cobrarme (nos) interés de mora sobre el saldo insoluto del capital adeudado a la tasa señalada en el literal A de este numeral, desde el momento en que se haga exigible y hasta su pago total. 4°. En caso que el presente pagaré respalde una o más obligaciones, desde ahora autorizo (amos) a FORJANDO, para que sume el total del capital adeudado y establezca un interés y un plazo promedio, si las obligaciones fueren adquiridas a un plazo y con un interés diferente; 6°. El vencimiento del pagaré será un día después de incurrir en mora. 7° autorizo (amos) en forma expresa, permanente e irrevocable a FORJANDO, para que en el momento que se dé por terminado el contrato laboral con la entidad empleadora que determina el vínculo de asociado, este adelante las gestiones pertinentes para obtener el pago de los saldos insolutos de mi (nuestras) obligación (es) con el producto de la liquidación de las prestaciones sociales legales, salarios, vacaciones, primas legales y extralegales, bonificaciones, indemnizaciones y demás acreencias laborales y en caso de que quedare saldo pendiente de pago, inicie las gestiones judiciales y extrajudiciales tanto al suscrito como a mis deudores solidarios. 8° Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente al Fondo de Empleados Forjando consultar, reportar toda la información que se refiere a mi comportamiento a las Centrales de Riesgo conforme a la ley que le aplica.

El pagaré así llenado será exigible inmediatamente y prestará merito ejecutivo, sin más requisitos, para constancia de nuestra aceptación, firmamos en

_____a los _____, ( ) días del mes de _____ del año _____

_____ NOMBRE DEL DEUDOR DIRECCION	_____ FIRMA DEL DEUDOR C.C No	_____ TELEFONO	
_____ NOMBRE DEL CODEUDOR DIRECCION	_____ FIRMA DEL CODEUDOR C.C No	_____ TELEFONO	
_____ NOMBRE DEL CODEUDOR DIRECCION	_____ FIRMA DEL CODEUDOR C.C No	_____ TELEFONO	

Powered by CamScanner

Fondo de empleados Grupo Flamingo

Fondo de Empleados y Obreros de Almacenes Flamingo S.A. y de Agrocomercial la Alborada A. Restrepo y Cía S.C.A.

FORJANDO

PAGARE No _____

Fecha de Vencimiento: _____.

Yo (Nosotros) _____, Mayor (es) de edad, domiciliados en _____, hábil (es) para contratar, identificado (s) como aparece al pie de Mi (nuestras) Firma (s), actuando en nombre propio y representación, declaro (amos): PRIMERO.- que prometo (emos) pagar solidaria e incondicionalmente al Fondo de Empleados FORJANDO, la suma de_____($_____) pesos moneda corriente. SEGUNDO.- que la suma expresada en el punto anterior mas los intereses a que se refiere el punto tercero de este titulo, los pagare (mos) dentro del plazo de _____meses, en cuotas mensuales iguales de _____ ($_____) cada una, hasta su cancelación total, junto con los cargos que resulte por concepto de seguros contratados para amparar nuestra (s) obligación (es) y la (s) garantía (s) constituida (s). Y (___) cuotas extraordinarias, que se cancelaran en los meses de _____y_____de cada año calendario, por valor de _____ ($_____).TERCERO.- que durante el plazo otorgado para la cancelación del préstamo pagare (mos) al FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO, intereses remuneratorios de_____ (___%) efectivo anual, liquidados y pagaderos por mensualidades vencidas sobre saldo insoluto, los cuales se encuentran incluidos dentro de la cuota mensual prevista en la cláusula segunda del presente documento. PARÁGRAFO: en caso de mora, durante ella y sin perjuicio de las demás acciones legales, pagare (mos) intereses de mora a la tasa máxima legalmente autorizada. CUARTO CLAUSULA ACELERATORIA.- Que autorizo (amos) expresamente al Fondo de Empleados de FORJANDO o a quien a futuro ostente la calidad de tenedor legitimo del pagare, para declarar extinguido o insubsistente el plazo que falte para el pago de la deuda a mi (nuestro) cargo, y exigir extrajudicialmente o judicialmente el pago de la totalidad del saldo insoluto más los intereses y gastos de cobranza, incluyendo honorarios del abogado, con todos sus accesorios, en los siguientes casos: a) incumplimiento de una cualquiera de las obligaciones a mi (nuestro) cargo contenidas en este instrumento; así como el incumplimiento de cualquier otra obligación del (los) deudor (es) para con el Fondo de Empleados FORJANDO; b) Darle al crédito una destinación distinta para la cual fue otorgado, de conformidad con la solicitud del préstamo; d) La mora en el pago de alguna de las cuotas; e); Por la pérdida de la calidad del Asociado deudor del Fondo de Empleados FORJANDO. f) quebranto patrimonial o iliquidez del (los) deudor (es) circunstancia que calificara el Fondo de Empleados FORJANDO, o quien en el futuro evidencie la calidad de tenedor legitimo del pagare, g) Si enajeno (amos) o gravo (amos) el (los) bien (es) que garantiza (n) mis (nuestras) obligaciones sin el consentimiento expreso y escrito del Fondo de Empleados FORJANDO; h) Por señalamiento publico o Judicial del (los) deudor (es) como autor (es) o participe (s) de actividades ilegales. SEXTO.- Con el fin de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 624 del código de comercio, autorizo (amos) expresamente al Fondo de Empleados FORJANDO, para que registre en forma extra contractual los abonos que efectué(mos) a la obligación (es), para la cual será suficiente la constancia respectiva registrada en el extracto del crédito. FORJANDO podrá aceptar abonos extras al saldo insoluto que este pagare registre y desde ya, acepto (amos) la nueva liquidación que la entidad acreedora elabore a la tasa de interés que tenga establecida, con la nueva cuota que se desprenda de ella. SEPTIMO.- Garantías: Doy (damos) como garantía, además de la solidaridad y responsabilidad personal, los aportes sociales individuales y demás ahorros que poseo (emos) en FORJANDO sobre los cuales adicionalmente autorizo (amos) descuentos para cubrir o abonar el valor a los saldos que se encuentran en mora. Así mismo, doy (damos) como garantía, los salarios, prestaciones sociales, cesantías, bonificaciones e indemnizaciones que se causen a mi (nuestro) favor como empleado (s) a la empresa a la que estoy (estamos) vinculado (s) y autorizo (amos) a descontar y retener de los mismos, el saldo del pagare en caso de retiro definitivo de la empresa. OCTAVO.- Autorizaciones. En mi (nuestra) calidad de titular(es) de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo (amos) de manera expresa e irrevocable al Fondo de Empleados FORJANDO o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar y divulgar toda información que se refiera a mi (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros, a cualquiera de las centrales de riesgo existentes en el momento del reporte o consulta. Esta autorización no se limita a la obligación que surja como consecuencia de la aprobación y desembolso del presente crédito, sino que cobija todas las obligaciones pasadas, presentes y futuras en que intervenga (mos) como deudor(es) del Fondo de Empleados FORJANDO o quien represente sus derechos. Así mismo, autorizo (amos) a la central de riesgo a que, en su calidad de operador, ponga mi (nuestra) información a disposición de otros operadores nacionales, en los términos que establece la ley. De igual manera autorizo (amos) que todas las comunicaciones a través de las cuales se me (nos) notifique el incumplimiento de la(s) obligación(es) a mi (nuestro) cargo, sean enviadas a mi (nuestra) ultima dirección de correspondencia o de correo electrónico, o por medio de mensajes de texto al último número de celular registrado en el Fondo de Empleados FORJANDO. Para constancia se firma el presente en la Ciudad _____hoy _____ del mes de _____ del años 20___.

_____	_____	_____	
NOMBRE:	FIRMA	TELEFONO	
DIRECCION	C.C No		
_____	_____	_____	
NOMBRE:	FIRMA	TELEFONO	
DIRECCION	C.C No		
_____	_____	_____	
NOMBRE:	FIRMA	TELEFONO	
DIRECCION	C.C No		

Powered by CamScanner

LIBRANZA FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO

LIBRANZA NUMERO _____

FECHA DE PRESENTACION DE LA LIBRANZA A LA EMPRESA _____ POR PARTE DE FORJANDO	FECHA DE ACEPTACION DE LA LIBRANZA POR PARTE DE LA EMPRESA _____A FAVOR DEL FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO
TRASLADO DE LIBRANZA NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA: TRASLADO LIBRANZA

Yo _____identificado con la C.C. No. _____ de _____ en mi calidad de deudor y _____ y _____ en mi (nuestra) calidad de codeudor (es) identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s) , obrando de conformidad con lo dispuesto en los artículo 55 y 56 del Decreto Ley 1481 y con el Artículo 142 del CS.T. , y a los numerales 1 y 5 del artículo 3 de la Ley 1527 de 2012 y demás disposiciones legales vigentes, autorizo(mos) expresa e irrevocablemente al Sr(a)_____ en su calidad de jefe o auxiliar de nómina) de _____ quien, a la fecha de esta autorización, está facultado legalmente para aceptarla, para lo siguiente:

1. Retener de mi salario, vacaciones, bonificaciones, o de cualquier suma de dinero que se vaya generando a mi favor en virtud de mi vinculación como empleado de _____, _____ _____ ( ) cuotas quincenales , por la cantidad de _____, (_____), hasta completar la suma de _____ (_____) por concepto de capital, intereses, seguros, correspondientes al préstamo concedido por el FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO.

2. Igualmente, en calidad de beneficiario de esta libranza, autorizo para que las cantidades retenidas sean entregadas al FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO en las mismas fechas en que se me hace la retención o a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes, tal como lo disponen las normas especiales del sector solidario y la Ley de Libranzas.

3. En caso que me sean concedidas vacaciones o licencias, autorizo para que de los pagos que me deba hacer la empresa se retenga y entregue el valor de las mensualidades que reporte el FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO, correspondientes al tiempo que dure haciendo uso de éstas, descontándolas del pago que me hagan antes de comenzar a disfrutarlas.

4. Autorizo a la Empresa para que en caso de haber comprometido primas como forma de pago en dicha obligación, realice los descuentos respectivos a favor del FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO según tabla de amortización del crédito.

5. Desde ya a la firma de este documento, en mi calidad de deudor, autorizo, durante la vigencia de este crédito, para que en caso de retiro de la empresa, me sean retenidas mis cesantías, primas, bonificaciones, vacaciones, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales y demás saldos a mi favor; y sean trasladadas al FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO para aplicar al pago de mis obligaciones con la organización.

6. En mi calidad de codeudor(es) autorizo(mos) para que ante el aviso que les efectúe FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO de iniciarme descuentos por este crédito, en razón a mi calidad de codeudor solidario, se traslade la obligación a mi nombre para que se me continúen efectuando los descuentos aceptados en esta libranza. He(mos) acordado con FORJANDO que el traslado de los descuentos a nombre de los codeudores opera ante el incumplimiento de la obligación por parte del deudor Sr _____En caso que en calidad de codeudor (es) deba(amos) pagar el compromiso crediticio indicado en este documento, autorizo(amos), en caso de mi (nuestro) retiro de la empresa , me sean retenidas mis cesantías, primas, bonificaciones, vacaciones, prestaciones sociales, indemnizaciones laborales y demás saldos a mi favor, hasta el saldo insoluto de la deuda que reporte el FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO y el valor retenido le sea trasladado para aplicar al pago de mis obligaciones con ellos, como codeudor solidario.

Powered by CamScanner

7. Autorizo (amos) para que en el evento de retiro laboral de la empresa _____el Fondo de empleados traslade esta libranza a la empresa donde llegare a trabajar para que continúe haciendo los descuentos de las cuotas aquí pactadas, hasta que se cancele la obligación total. Por ser _____ el empleador que originalmente aceptó la libranza, solicito(amos) que al momento del traslado certifique a la nueva empresa donde llegare a laborar, la fecha en que aceptó esta libranza a efectos de determinar la prelación de los descuentos.

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

En nuestra calidad de deudor y codeudor (es), al suscribir esta libranza, adquirimos la obligación de informar al OPERADOR DE LIBRANZA, sobre el cambio de empleador o entidad pagadora, sin perjuicio de que esta autorización de descuento, sirva para que FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO solicite a cualquier empleado 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.

Declaramos que conocemos y hemos aceptado el plan de pagos, las condiciones del crédito, habiendo verificado que la tasa de interés asignada por FORJANDO a ésta operación de crédito no supera la tasa máxima permitida legalmente. Manifestamos que con los descuentos aquí autorizados no se afecta mi mínimo vital. De la misma manera manifestamos que la empresa solo actúa como canal de pago y que en el caso de trasladar esta libranza, todas las referencias que se hacen en ésta sobre _____se entenderán que se refieren al nombre del nuevo EMPLEADOR.

NOMBRE: DIRECCION	FIRMA C.C No	TELEFONO	
NOMBRE: DIRECCION	FIRMA C.C No	TELEFONO	
NOMBRE: DIRECCION	FIRMA C.C No	TELEFONO	

ESPACIO PARA LA EMPRESA

En mi calidad de (jefe o auxiliar de nómina), expresamente autorizado para aceptar libranzas, con mi firma y el sello de la empresa acepto la libranza en las condiciones aquí estipuladas.

Certifico que el original de esta libranza quedó en poder de la empresa _____ para hacer efectivos los descuentos que se describen en ella y para efectuar las deducciones en los casos de retiro del trabajador o para devolver el original de la libranza para que FONDO DE EMPLEADOS FORJANDO pueda radicarla en la empresa a la que se traslade (n) el (los) suscriptor(es) de esta libranza.

Aceptación por parte de LA EMPRESA_____Fecha_____

Firma _____ Cargo en LA EMPRESA _____

Powered by CamScanner

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
				0000000

☐ Plan Vida Integral Contributivo ☐ Plan Vida Integral No Contributivo ☐ Plan Vida Clásico Contributivo ☐ Plan Vida Clásico No Contributivo ☐ Plan Vida Deudores ☐ Plan Vida Familiar

☐ Póliza Nueva ☐ Ingreso ☐ Modificación ☐ Renovación

Porcentaje de crecimiento
☐ SI ☐ NO %

Forma de pago prima
☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Sistema de ajuste
☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) ☐ Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos) — Código Gestor

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☐ NIT			☐ Pública ☐ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.			☐ F ☐ M	

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular

Dirección Correspondencia — Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(*El valor asegurado por amparo para el grupo asegurado NO puede ser mayor al valor asegurado del Asegurado Principal).
(** El asegurado principal y su grupo asegurado deben tener los mismos amparos).

Valor Solicitado Amparo de Vida

Asegurado Principal $ _____
Cónyuge $ _____
Hijos $ _____
Hermanos $ _____
Otros $ _____
Parentesco de otros con el Asegurado Principal

Amparos Vida Grupo
Coberturas

☐ Incapacidad Total y Permanente
☐ Indemnización Adicional por Muerte Accidental — Valor Asegurado $
Lesiones con armas ☐ Si ☐ No
☐ Enfermedades Graves ____ %
☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) — Valor Asegurado $
☐ Bono Canasta (pago único) — $
☐ Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida, máximo $250.000.000)

Amparos Adicionales
Coberturas

Accidentes Personales
☐ Muerte Accidental — Valor asegurado $
☐ Invalidez Accidental — Lesiones con armas ☐ SI ☐ NO

Renta
☐ Renta Diaria por Hospitalización — Valor asegurado $
Tipo de Renta ☐ cerrada ☐ abierta
EPS _____
Renta adicional por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ☐ SI ☐ NO

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) $ _____

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.								
2.								
3.								
4.								

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

(*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)
(**Otros asegurados deben diligenciar el formato especifico F-02-83-125)

Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado:

☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del miocardio ☐ Arritmias ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
☐ Derrames ☐ Isquemia o trombosis cerebral ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis Crónica ☐ Cáncer ☐ Leucemia ☐ Lupus ☐ Tumores malignos ☐ SIDA o VIH positivo
☐ Insuficiencia Renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artritis reumatoidea ☐ Diabetes ☐ Pancreatitis ☐ Hepatitis B o C ☐ Cirrosis ☐ Retardo mental ☐ Transtornos psiquiátricos
☐ Colitis ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis ☐ Deformidades corporales ☐ Ceguera ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna ☐ Pérdida funcional o anatómica
☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ ☐ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: ☐ Alcoholismo ☐ Drogadicción

Powered by CamScanner

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente?

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? ☐ SI ☐ NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstico	No. de identificación del Asegurado	Parentesco	Enfermedad / Tipo de cáncer	Edad diagnóstico
1.				2.			

4. Alguno de los solicitantes practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente actividades tales como:

☐ Piloto de aeronaves ☐ Vuelo en cometa ☐ Paracaidismo ☐ Boxeo ☐ Montañismo ☐ Vuelo en ultralivianos ☐ Planeadores ☐ Cometas y/o similares

☐ Toreo ☐ Automovilismo ☐ Motociclismo ☐ Bungee Jumping ☐ Puenting ☐ Rafting ☐ Downhill ☐ Buceo

☐ Otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos ☐ SI ☐ NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información:

Número de Identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia	Número de Identificación del Asegurado	Especificar Actividad	Frecuencia
1.			3.		
2.			4.		

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo.
Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(cemos) actividades ilícitas ni de alto riesgo.
Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: YO (nosotros) autorizo (amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a:
-Solicitar copia íntegra de mi (nuestra) historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaro (amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.
- Compartir con Enlace Operativo S.A. , o el tercero que haga sus veces, mi (nuestra) información personal otorgada en virtud de este contrato con la única finalidad de que ésta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición.
- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi (nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro (amos) conocer y aceptar en todas sus partes.
- Intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontramos) afiliado (dos).

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA: DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro

Firma del Afiliado o Tomador
Número de Identificación

Huella Índice Derecho
Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

Número Solicitud

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

Powered by CamScanner