

FONDO DE EMPLEADOS GRUPO EMPRESARIAL UNO A "FOET"
NIT 809.005.199-4

No. De solicitud

No. S-

SOLICITUD DE CRÉDITO



Fecha: _____

Por favor leer detenidamente antes de diligenciar la solicitud. No se aceptan tachones ni enmendaduras.

DE ACUERDO CON EL ESTATUTO Y EL REGLAMENTO DE CRÉDITO FOET Y EN CALIDAD DE ASOCIADO HÁBIL, SOLICITO UN PRÉSTAMO POR LA LINEA:

Libre Inversión Anticipos de Sueldos Soat Rotativo Sobre Prima

Por \$ Cantidad en letras

Suma que cancelaré en cuotas según el tipo de vinculación

Forma de Pago: Descuento por Nómina

PERIODO DE PAGO

QUINCENAL

MENSUAL

OBSERVACIONES: _____

INFORMACION PERSONAL

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

CC. _____ Lugar de Expedición: _____ Estado Civil _____ Sexo M ___ F ___

Dirección de Residencia: _____ Barrio _____ Ciudad: _____

Entidad donde labora: _____ Cargo: _____ Sueldo Básico: _____

Vive en casa: Propia Arrendada Familia Extra Correo Electrónico: _____

Teléfono Fijo: _____ Cel. _____

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES

Salario: \$ _____

Otros Ingresos: \$ _____

TOTAL INGRESOS \$ _____

Nota: Describir otros ingresos _____

EGRESOS MENSUALES

Gastos de sostenimiento \$ _____

Arriendo / Cuota de vivienda \$ _____

Cuotas obligaciones financieras \$ _____

Otros Gastos: \$ _____

TOTAL GASTOS: \$ _____

Firma de Asociado y Cedula

OBSERVACIONES: _____ CC. _____

Vo Bo GERENTE _____

Firma Codeudor _____

FORMA DE PAGO

No Lote de pago _____ Fecha de Pago _____

Transferencia

Recibi a satisfacion firma de asociado y CC. _____

AUTORIZACION PARA DEDUCCIONES

Por la presente comunico a ustedes que FOET me ha concedido un préstamo por la suma de (\$ _____) en letra _____ y que cancelare en cuotas mensuales de (\$ _____), por medio de la presente autorizo expresamente al Tesorero o Pagador, se sirvan descontar del salario que devengo la suma antes referida y en caso de desvinculación laboral, autorizo expresamente al nominador retenga para FOET, de mi salario, de la liquidación total o parcial de las prestaciones sociales legales y extralegales, incluyendo en estas las cesantías, intereses a las cesantías, primas, bonificaciones, indemnización, auxilios, vacaciones, horas extras y recargos que me correspondan o cualquier otra suma que se genere aun con posterioridad a la liquidación total, el saldo de la deuda que poseo con FOET y con terceros a través de FOET y que se deriven de mi vinculación como asociado al fondo. Así mismo autorizo a FOET para que en caso de quedar en mora, me haga efectivo cualquier otro valor que resultare a mi favor. También autorizo para que se me consulte y reporte a la central de riesgo. De igual forma autorizo a FOET cargar a mi nombre el crédito por seguro de deudores que corresponda. (De acuerdo a la ley de libranzas No 1527 de abril de 2012)

Firma y CC

Firma Pagador



FOET FONDO DE EMPLEADOS GRUPO EMPRESARIAL

UNO A "FOET"
NIT. 809.005.199-4

PAGARE

P -

\$. _____

Yo _____, mayor de edad y vecino (a) de _____ identificado (a) con la cedula de ciudadanía No _____ expedida en _____, en mi condición de deudor principal y _____, pagaremos incondicionalmente e indivisiblemente a su orden o de quien represente sus derechos o le sea endosado, cedido o negociado el presente título, la suma de _____ (\$ _____) moneda legal, que de ella hemos recibido en calidad de mutuo y en efectivo con destino a la LINEA DE CREDITO _____, más los intereses a plazo a la tasa del _____ % mensual con plazo de _____ meses contado (s) a partir del _____ de _____ de _____ y vencimiento el _____ de _____ de _____ la mencionada suma será pagada en _____ contados mensuales de _____ (\$ _____) moneda legal. Primer contado el _____ de _____ de _____ y los restantes los días _____ de cada mes hasta su total cancelación de acuerdo con el presente pagare, a favor _____, y a nuestro cargo y del sueldo del deudor principal _____.

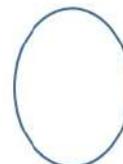
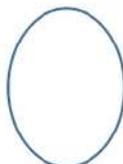
En caso de que el descuento de una o más cuotas no se llegara a efectuar por nomina, el asociado se obliga a cancelarla inmediatamente y directamente por ventanilla frente a Tesorería. La mora en el pago de una o más cuotas de las que nos obligamos a pagar, hará exigible la totalidad de la deuda sin necesidad de requerimiento privado o judicial alguno, a los cuales renunciamos. A partir del vencimiento de la cuota más antigua pagaremos los intereses moratorios a la tasa máxima autorizada a cobrar por la súper intendencia Financiera o la entidad que haga sus veces. De conformidad con el Artículo 49 de la ley 79 de 1988. autorizo(amos) para que los aportes sociales y ahorros permanentes que tengo (nemos) como asociado (s) del Fondo, sean abonados al saldo insoluto que tenga(amos) al momento de mi (nuestro) retiro por cualquier motivo de las mismas. De acuerdo a lo previsto en el artículo 150 del Código Laboral en concordancia con el Artículo 142 de la ley 79 de 1988. Por medio de la presente autorizo expresa e irrevocablemente al Tesorero o Pagador, se sirvan descontar del salario que devengo la suma antes referida y en caso de mora o desvinculación laboral, autorizo expresamente al nominador retenga para FOET, de mi salario, de la liquidación total o parcial de las prestaciones sociales legales y extralegales, incluyendo en estas las cesantías, intereses a las cesantías, primas, bonificaciones, indemnización, auxilios, vacaciones, horas extras y recargos que me correspondan o cualquier otra suma que se genere aun con posterioridad a la liquidación total, el saldo de la deuda que poseo con FOET y con terceros a través de FOET y que se deriven de mi vinculación como asociado al fondo. Así mismo autorizo a FOET para que en caso de quedar en mora, me haga efectivo cualquier otro valor que resultare a mi favor. Declaramos excusado el protesto y aviso de rechazo del presente instrumento, siendo de nuestro cargo los costos y gastos de cobranza si se diere lugar a cobro judicial o extrajudicial sometiéndonos a la jurisdicción de los jueces sin consideración del lugar.

Para constancia se firma en _____ a los _____ de _____ de _____.

Como asegurado principal garantizo que este momento de ingreso a la póliza, me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra en manera alguna reducida y no ha padecido ni ha sido diagnosticada ninguna enfermedad cardiovascular, hipertensión cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, cáncer, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general ninguna enfermedad preexistente que de acuerdo con el artículo 1058 del Código del Comercio conduzca a la nulidad del contrato de seguro. Así mismo autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me hay atendido a suministrar copia de la historia clínica solicitada por seguros La Equidad, sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento. Autorizamos a FOET para que obtenga de cualquier fuente y se reporte a cualquier banco de datos, la información de referencias relativas a nosotros, nuestros nombres, apellido y documentos de identificación, nuestro comportamiento, crédito comercial, hábitos de pago, manejo de nuestras cuentas de ahorro, y en general al cumplimiento de nuestros obligaciones pecuniarias, además que nos sean descontados los valores que se generen por dicha consulta. Los asociados gozaran de las condiciones financieras establecidas por el Consejo de Administración (tasas de interés, plazo, etc.) mientras permanezca como tal; una vez se retiren la tasa de interés se

Deudor Principal

Deudor Solidario



CC:

DE:

Ind. Derecho

CC:

DE

Ind. Derecho



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA PAGARÉ

Señores

FONDO DE EMPLEADOS FOET

Ciudad _____

Yo _____ como deudor y (opcional)
_____ como codeudor, mayores de edad e identificados
como aparece al pie de nuestra firmas obrando en nombre propio, autorizamos al **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO EMPRESARIAL UNO A FOET** o a quien represente sus derechos , para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del código de comercio, llene los espacios en blanco en el pagaré, adjunto firmado por los suscritos, observando las siguientes instrucciones :

1. El número del pagare corresponderá al que se le sea asignado de acuerdo con la numeración interna.
2. El pagare podrá ser diligenciado por el Fondo de Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET, en caso de mora o incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a nuestro cargo y a favor de la misma, sin importar el origen o naturaleza de la obligacion y en caso que nuestro patrimonio sea embargado por cualquier causa .
3. El monto o valor del pagare que colocará el Fondo De Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET, será igual al valor de todas las obligaciones dinerarias que le estemos adeudando por concepto de capital, intereses, intereses de mora, gastos, honorarios o cualquier otro concepto, de conformidad con el reglamento de ahorro y crédito del fondo y las disposiciones de la Junta Directiva, el comité de crédito y la ley.
4. La fecha de vencimiento será aquella en que el fondo de Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET, o quien represente sus intereses y derechos o a quien esta designe, llene los espacios dejados en blanco y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones en el contenidas a nuestro cargo, sin necesidad que se nos requiera judicial o extrajudicialmente para su cumplimiento.
5. El lugar del pago del título será en las oficinas del Fondo de Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET, en la Ciudad de Ibagué.
6. El documento así diligenciado presta merito ejecutivo, pudiendo en Fondo de Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET, exigir su pago por la via judicial, sin perjuicio de las demás acciones que pudiera tener.
7. El lugar y fecha de emisión del pagare será el lugar y el día que sea diligenciado por el Fondo De Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET.
8. Las Presentes instrucciones las imprimimos de conformidad con lo dispuesto en el articulo 622, inciso 2 del Código de Comercio y para todos los efectos allí previstos.
9. Autorizamos al Fondo de Empleados Grupo Empresarial Uno A FOET, para reportar, procesar y divulgar a la central de riesgo.

DEUDOR

FIRMA _____

NOMBRE _____

CC. NUMERO _____

DIRECCION _____

BARRIO _____

TELEFONO _____

MUNICIPIO _____

CODEUDOR

FIRMA _____

NOMBRE _____

CC. NUMERO _____

DIRECCION _____

BARRIO _____

TELEFONO _____

MUNICIPIO _____

AUTORIZACION DE DESCUENTO - LIBRANZA

Ciudad y fecha _____

Señor:
PAGADOR

En razón a que he contraído un crédito por la modalidad de libranza con el **Fondo de Empleados de Grupo Empresarial (FOET)**, por valor de _____ (\$ _____), autorizo a usted irrevocablemente para retener de mi salario o cualquier pago realizado, primas, bonificaciones, liquidaciones, indemnizaciones, seguros y cualquiera otra remuneración o prestación legal o extra legal a que tenga derecho, las cuotas semanales, mensuales y/o semestrales correspondientes necesarias para atender la amortización de dicho crédito, en _____ (_____) cuotas iguales y sucesivas, por valor de _____ (\$ _____) cada una, con amortización _____. La primera cuota será descontada el día _____ (____) del mes de _____ del año _____, la fecha de vencimiento del crédito será el día _____ del mes de _____ del año _____ (____). La tasa de interés será del _____ (____%) y en caso de mora la tasa será del _____ (____%), sin exceder el máximo legal permitido.

Hemos convenido con el FOET, que en el evento que el descuento por nómina para el pago de la primera cuota, no pueda ser realizado en la fecha prevista, éste queda autorizado para que traslade dicho cobro a partir del siguiente mes. A partir de esta fecha empezará a contarse el plazo previsto para el pago de las cuotas.

Esta autorización no me releva de la responsabilidad personal y directa de pago que contraigo con el **FONDO DE EMPLEADOS DE GRUPO EMPRESARIAL(FOET)**, y en consecuencia me obligo a cancelar personalmente las cuotas a que este obligado, para mantener al día los pagos del crédito que me concedió el **FOET** , cuando por cualquier motivo no puedan ser descontadas por nómina.

En caso de retiro por cualquier causa, autorizo que con cargo a mi liquidación final retengan y entreguen al **FOET** sumas hasta por el saldo pendiente de los créditos a mi cargo. De igual forma, autorizo solicitar ante la Sociedad Administradora de Cesantías el giro de las sumas que tenga a mi favoren el Fondo, para ser aplicados al saldo de mi obligación con el FONDO DE EMPLEADOS. La presente autorización tiene carácter irrevocable y no puede modificarse ni suspenderse sin autorización expresa y escrita del **Fondo De Empleados de Grupo Empresarial (FOET)** dirigida a ustedes.

Firma del Empleado _____
C.C. No. _____
Nombre _____
Dependencia: _____



Huella

LIBRANZA

Yo, _____, en nombre y representación de _____, me notificó de lo expuesto anteriormente y en la calidad antes aludida, me obligo a hacer los descuentos de los salarios o dineros por honorarios recibidos y demás prestaciones sociales, bonificaciones, liquidaciones e indemnizaciones o cualquier otra suma a la que tuviera derecho el empleado, conforme a la autorización dada, las sumas necesarias para hacer abonos al crédito que le otorgó el **FONDO DE EMPLEADOS DE GRUPO EMPRESARIAL**.

EL Empleador

Sello

Firma _____
Nombre _____
Cargo _____

Espacio reservado para el FOET. Crédito No _____

ACEPTACIÓN DEL SERVICIO DE ACCESO AL CRÉDITO Y CENTRALES DE RIESGO

Yo (nosotros), identificado(s) como aparece (mos) al pie de mí (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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** para respaldar la operación aprobada por la **FONDO DE EMPLEADOS GRUPO EMPRESARIAL UNO A SIGLA FOET** 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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** por concepto del servicio de acceso al crédito prestado por el **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)**, 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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** la cual será cobrada de acuerdo con el capital desembolsado y por la duración de este, de acuerdo con la siguiente tabla de tarifas deservicio de acceso al crédito:

AÑOS DE CREDITO	N/A
VALOR DEL SERVICIO	3%

Manifiesto que conozco (conocemos) las condiciones del servicio de acceso al crédito que presta el **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)**, 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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** tendrá derecho a recuperar las sumas pagadas y se subrogará en la calidad de acreedor por el valor pagado más los costos de intereses corrientes, moratorios y honorarios por los cuales incurran en la recuperación de dichos valores.

Autorizo (amos) irrevocablemente al **INTERMEDIARIO** a entregar al **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** toda la información relacionada con la operación aprobada a mi (nuestro) favor y de igual manera autorizo (amos) al **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** a entregar dicha información a terceros que puedan encargarse de la gestión de cobro de dicha cartera.

Manifiesto que los recursos utilizados para el pago del servicio de acceso al crédito a favor del **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** provienen de fuentes lícitas y la información que he (hemos) suministrado es verídica. Por lo tanto, doy (damos) mi (nuestro) consentimiento expreso e irrevocable al **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** 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 riesgos datos del cumplimiento o incumplimiento de mis (nuestras) obligaciones.
3. Conservar, tanto en el **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)**, 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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** 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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación. La presente autorización faculta al **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** 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 DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** por ello renuncio (amos) a cualquier solicitud de cobro o reintegro de comisiones no causadas.

Autorizo (amos) que en caso de que el **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)** cancele el valor de mi crédito, me sean pignoradas las cesantías que poseo a la fecha en los fondos de cesantías del país, producto del incumplimiento de mi obligación.

El presente documento tendrá validez desde su firma, por la vigencia del crédito otorgado por el **INTERMEDIARIO**, o de quien a futuro ostente la calidad de acreedor de la (s) obligación (es), y en general por el termino establecido en la ley.

Autorización para el tratamiento de datos personales: En atención a la aplicación de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, el titular del dato por medio del presente documento, imparte de manera previa, expresa e informada la siguiente autorización a los responsables y encargados del tratamiento de datos personales para: El desarrollo de todas las operaciones propias del objeto social de la entidad (actividades relacionadas con el otorgamiento del crédito, administración, pago y recuperación de cartera), el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley, análisis de riesgo, estadísticos, de control, supervisión, encuestas, gestión de cobranza, comercialización de productos, mercadeo, verificación y actualización de información entre otras. En cumplimiento de lo anterior, se podrá: Consultar, solicitar, administrar, procesar, modificar, actualizar, eliminar, reportar, almacenar, compilar, enviar, utilizar, suministrar, grabar, obtener, transmitir, transferir, recolectar, confirmar, conservar, emplear, analizar, rectificar, estudiar y divulgar a los responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información, entidades financieras, sector solidario, contratistas, cesionarios de cartera o terceras personas con quienes se entablen relaciones comerciales o legales, de prestación de servicios y de cualquier otra índole para administrar y tratar la información personal suministrada en desarrollo del objeto social del **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)**, dentro de los límites establecidos por la Ley. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los intereses del **FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)**, 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 GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S (FOGASES)**, con dirección física en la Carrera 8 No. 12 B - 31 en la ciudad de Bogotá, dirección electrónica: gerenciafogases@gmail.com y teléfono 3193401511.

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: _____



	FOR-FGSS-11001	VERSIÓN 2.0
	Formato de aceptación de servicio FOGAVAL	12/01/2023

DATOS DEUDOR

Lugar de Nacimiento:		Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
C.C. No.:	Dirección Residencia:		
Teléfono Residencia:		Correo(s) electrónico(s) personal(es):	
Ciudad:	Barrio:	Empresa:	
Numero de celular:		Fecha expedición identificación: DD/MM/AAAA	

REPORTE CENTRALES DE RIESGO

Como deudor de la obligación afianzada por el FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S Autorizo de manera expresa e irrevocable a FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S 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 la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo y de Entidades Financieras de Colombia o a quien represente sus derechos. 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 financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a ésta, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente. En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS

Declaro que conozco que el crédito otorgado, será afianzado por EL FONDO DE GARANTIAS DEL SECTOR SOLIDARIO S.A.S y en consecuencia autorizo para que el costo de esta fianza sea incluido en el valor de la cuota mensual de amortización del préstamo o deducido conforme la política establecida por la organización solidaria, valores descontados directamente de la nómina. De igual manera, autorizo para que en caso de quedar algún saldo adeudado pueda, a través de mi empresa empleadora, descontarlo de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y cualquier pago que la empresa deba hacerme. Adicional a esto, autorizo irrevocablemente a mi empleador y este obligado con base lo determinado en la LEY ESTATUTARIA 1266 de 2008, para que entregue con destino a la organización solidaria y/o FOGASES SAS., copia simple de mi liquidación de prestaciones en el momento de mi retiro, también autorizó que en caso de incapacidad parcial o embargo, envíen copia simple a FOGASES SAS del documento que acredite dicha eventualidad expedido por autoridad competente. En caso de que la empresa empleadora no descuenta por acción o por omisión la totalidad de mis prestaciones sociales y demás derechos laborales por cualquier causa, previamente aceptada y autorizada como deudor afianzado para ser abonada a la cartera de crédito que adeudo a la organización solidaria y ésta es pagada parcial o totalmente por FOGASES SAS. a favor de ésta en el marco del convenio suscrito entre las partes, otorgo poder y mandato irrevocable a favor de FOGASES SAS, para que ejerza el derecho de realizar el cobro y recuperación hasta su pago a satisfacción de acuerdo con las condiciones o términos establecidos en el marco legal.

FIRMAS

DEUDOR PERSONA NATURAL

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

C.C: _____

