



SOLICITUD DE CRÉDITO

FEMPHA - Fondo de Empleados
NIT. 860.068.657-1

(Marque con una (X) en los campos solicitados y diligencie la información necesaria)

Solicitante

Deudor
Solidario

¡¡IMPORTANTE!

- Adjunte fotocopia de la cedula de ciudadanía ampliada al 150%.
- Adjunte fotocopia de los dos (2) últimos desprendibles de pago del solicitante y codeudor. Si el desprendible corresponde a vacaciones adjunte el anterior.
- Adjunte fotocopia de la certificación laboral con fecha de expedición no superior a 30 días.
- Si tiene otros ingresos, adjunte los soportes correspondientes.

FEMPHA®

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA	MONTO SOLICITADO (\$ Pesos)	No. CUOTAS	PERIODICIDAD	RADICACIÓN No.
LÍNEA DE CRÉDITO	FORMA DE PAGO	DESTINO DEL CRÉDITO		GARANTÍA

RECOGE SALDO CRÉDITO

LÍNEA DE CRÉDITO	RADICACIÓN No. Pagaré No.	SALDO (\$ Pesos)	PROPORCIÓN PAGADO (%)
------------------	------------------------------	------------------	--------------------------

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS Y NOMBRES Primer Apellido Segundo Apellido Nombres			TIPO DOC <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.	NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAAA
PROFESIÓN	NIVEL EDUCATIVO			ESTRATO SOCIOECONÓMICO	

LABORAL

Entidad	DEPENDENCIA	CARGO	TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INGRESO DD MM AAAA
---------	-------------	-------	------------------	--------------------------------

RESIDENCIA

DIRECCIÓN	BARRIO	CIUDAD	TIPO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada	VALOR COMERCIAL
TELÉFONO MÓVIL (1)	TELÉFONO MÓVIL (2)	CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL	CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO	

VEHÍCULO

TIPO <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Camioneta / SUV	MARCA	MODELO	AÑO	VALOR COMERCIAL
--	-------	--------	-----	-----------------

INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Sueldo Básico:		Vivienda (cuota/arriendo):	
Comisiones u Honorarios:		Gastos de Sostenimiento:	
Otros Ingresos:		Deducciones de nómina:	
Describe Otros Ingresos:		Obligaciones Financieras:	
Total Ingresos:		Total Egresos:	

FORMA DE DESEMBOLSO

ABONO A CUENTA BANCARIA

ENTIDAD	Nombre	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA
---------	--------	----------------	------------------

CHEQUE DE GERENCIA

BENEFICIARIO (1)	Cheque N° 1		
	Apellidos Nombres / Razón Social		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO	NÚMERO	VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)
BENEFICIARIO (2)	Cheque N° 2		
	Apellidos Nombres / Razón Social		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO	NÚMERO	VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)
BENEFICIARIO (3)	Cheque N° 3		
	Apellidos Nombres / Razón Social		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TIPO	NÚMERO	VALOR DESEMBOLSO (\$ Pesos)

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo de manera expresa, permanente e Irrevocable:

Autorizo a FEMPHA o a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para el ejercicio de los mismos, sus obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que soy titular, o como representante de éste, para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, suprima, emplee, analice, estudie, conserve, reciba y envíe mis datos personales, lo que incluye toda la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios. En los términos de la Ley 1581 de 2012, el decreto reglamentario 1377 de 2013 y demás normas concordantes, manifiesto de manera expresa, que he sido informado(a) del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad. Igualmente, a ser visitado(a) o notificado(a) o contactado(a) por canales físicos y/o virtuales a los datos de contacto que suministre, actualice o que sean recolectados de Centrales de Información y/o bases de datos autorizadas. En ese mismo sentido, manifiesto que, de acuerdo con la Ley 2300 de 2023, como DEUDOR autorizo ser contactado por: WhatsApp ____, SMS ____, Visitas ____, Correo electrónico ____, Correo físico ____, Llamadas ____, Chat ____. Me obligo a actualizar mis datos en el evento en que sean modificados. Autorizo en forma irrevocable que, a mi retiro de la Entidad, los ahorros y aportes consignados en FEMPHA sean destinados en su totalidad para cubrir las obligaciones contraídas con FEMPHA Fondo de empleados.

Como asociado a FEMPHA, suscribo esta solicitud de crédito, suma y plan de amortización aquí definido y acepto las modificaciones que determine FEMPHA, con el propósito de reajustar al Reglamento de Crédito, Cartera y Cobranza respectivo, así mismo acepto actualizar la base de ingresos de acuerdo con los soportes presentados adjuntos a esta solicitud.

Como titular de la cuenta señalada, autorizo incondicionalmente y por un término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente:

1. Debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y transferir dicho valor a FEMPHA.
2. Debitar de la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la autorizada, tan sólo en aquellos casos en los que FEMPHA tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente.
3. Otorgo a la entidad financiera aquí mencionada, un mandato sin representación para realizar transacciones débito por la empresa recaudadora.

Como titular de la cuenta señalada me obligo a:

1. Mantener los fondos suficientes en la cuenta aquí indicada para cubrir las obligaciones contraídas con FEMPHA.
2. En caso de solicitud de cancelación del débito automático, informar a FEMPHA con una antelación no mayor a 30 días hábiles, a fin de detener el proceso ante la entidad financiera.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto lo siguiente:

1. Que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicada, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día que no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil; no obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles FEMPHA realizará los intentos de cobro establecidos.
2. Que si por algún inconveniente de índole técnico, operativo o que no se mantenga fondos en la cuenta señala para realizar el recaudo, me comprometo a realizar el pago por los canales autorizados por FEMPHA, sin que lo anterior me impida cumplir con mis obligaciones.
3. Que, si deseo autorizar a otra entidad financiera, otro número o tipo de cuenta, debo informar a FEMPHA.
4. Que la presente autorización de recaudo solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a FEMPHA, con una anticipación no inferior a treinta (30) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación.

Banco _____ débito de la cuenta de Ahorros ____ Corriente ____ No. _____

Declaro que:

La información suministrada es clara, pertinente, oportuna y veraz, por lo que puede ser verificada.

Conozco y acepto el Reglamento de Crédito y Cobranza vigente de FEMPHA.

Conozco y acepto los términos vigentes y aplicables a la presente solicitud, de la Póliza de Vida Grupo Deudores.

En caso de ser mi pagador el Fondo de Pensiones _____, me obligo a pagar oportunamente las cuotas no descontadas inicialmente por éstos, en tanto se formaliza su trámite.

Comprendo en su totalidad el contenido de este documento, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones.

La información y documentación aportada a la solicitud de crédito es veraz, exacta y actualizada. En caso de que no lo sea, entiendo los alcances e implicaciones de orden legal y estatutario, que se puedan derivar de los hechos de inexactitud e inconsistencias que determine FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS, y por las cuales inicie las acciones que estime conducentes. En caso de incumplimiento de mi parte, Autorizo a FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS, para que agilice el cobro total de la obligación, de acuerdo a las normas legales vigentes.

Si ____ No ____ Tengo parentesco, dentro del segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos), segundo de afinidad (suegros, yernos, nueras, padrastros, hijastros, abuelos del cónyuge, cónyuges de los nietos, cuñados, hermanastros, abuelastros, nietastros) y primero civil (hijos adoptantes y cónyuge), o unión marital de hecho con alguno de los miembros de la Junta Directiva y/o funcionarios de nivel directivo de FEMPHA Fondo de empleados o con sus cónyuges. (En caso de no señalar alguna opción, se entenderá que la respuesta es negativa).

En caso afirmativo, especifique nombre y/o cargo: _____

Declaración de Preexistencias (Solicitante)

Al momento de la firma de este documento, ¿Presenta alguna de las siguientes patologías?:

- | | | |
|--|---------|---------|
| 1. ENFERMEDAD DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA | Sí ____ | No ____ |
| 2. PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA INFERIOR A UN MES | Sí ____ | No ____ |
| 3. INEFICACIA COMPROBADA DE LOS TRATAMIENTOS | Sí ____ | No ____ |
| 4. PÉRDIDA DE LA ESPERANZA DE RECUPERACIÓN | Sí ____ | No ____ |

FEMPHA manifiesta que:

La información suministrada por quien suscribe este documento tiene el carácter de confidencial y únicamente se dispondrá de ella en los términos de Ley. Los créditos quedan sujetos a la disponibilidad de recursos que tenga FEMPHA FONDO DE EMPLEADOS. Igualmente, el Fondo se reserva el derecho de aprobar o improbar solicitudes de créditos sometidos a consideración de los organismos competentes y a su consulta a las centrales de información financiera. El seguro de cartera está sujeto a modificaciones en caso que la compañía aseguradora con la renovación anual así lo exija.

FIRMA

Firma