

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS			CC No		EDAD
ESTADO CIVIL	No DE PERSONAS A CARGO	TIPO DE VIVIENDA		NIVEL DE ESTUDIOS	
EMPRESA	CIUDAD	SEDE	CARGO	CELULAR	
VALOR SOLICITADO \$			PLAZO (QUINCENAS)		

LÍNEAS DE CRÉDITO

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| ☐ Calamidad | ☐ Compra de cartera | ☐ Promociones Fondo | ☐ Libre inversión |
| ☐ Educación CP | ☐ Compra de vivienda | ☐ Servicios empresariales | ☐ Crédito rotativo ROTAYA |
| ☐ Educación LP | ☐ Reforma de vivienda | ☐ Credimpuestos | |
| ☐ Salud | ☐ Crédito de movilidad | ☐ Crediprima | |

ABONOS EXTRAORDINARIOS

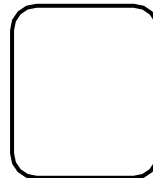
Prima Valor \$ _____ Cantidad _____
 Cesantías Valor \$ _____ Cantidad _____ (aplica sólo para créditos de educación - vivienda)

Indique el destino : _____

DEUDOR

*Autorizo para que valores como los del fondo de garantías, papelería, transferencias y otros que se generen de acuerdo al reglamento de créditos, se lleven como un mayor valor del monto solicitado.

FIRMA DEL ASOCIADO



LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS – EXCLUSIVO PARA FECAPYD

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| ☐ | 1. | Solicitud de crédito debidamente diligenciada SIN TACHONES NI ENMENDADURAS |
| ☐ | 2. | Pagaré y carta de instrucciones debidamente firmados |
| ☐ | 3. | Libranza firmada |
| ☐ | 4. | Documentos según línea de crédito |
| ☐ | 5. | Actualmente tramita retiro parcial Sí ☐ No ☐ Valor \$ |

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE ESTUDIA EL CRÉDITO

FIRMA DE FUNCIONARIO QUE APRUEBA EL CRÉDITO

FECHA DE ESTUDIO

DD/MM/AAA

FECHA DE APROBACIÓN

DD/MM/AAA

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

1. Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de las operaciones activas con FECAPYD no se destinarán a la financiación del lavado de activos, del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Autorizo al Fondo de Empleados FECAPYD para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.
5. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad.
6. Autorizo a FECAPYD a descontar de mi salario los valores correspondientes a Aportes, Ahorro, Cuota Fondo de Bienestar Social y Cuota de Asociación
7. Eximo a FECAPYD de toda responsabilidad que se derive de información errónea, falsa y/o inexacta que hubiese proporcionado en este documento.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Como titular de la información, autorizo a FONDO DE EMPLEADOS FECAPYD o a quien lo represente, de manera previa, expresa e informada, para tratar mis datos personales y distribuirlos a terceros con el fin de obtener beneficios declarados en los reglamentos y estatutos del fondo y en general para el tratamiento de mis datos con cualquier finalidad propia del objeto del FONDO DE EMPLEADOS FECAPYD. Así mismo declaro que conozco la totalidad de los derechos que me asisten como titular de la información, los cuales se establecen en la Ley 1581 de 2012:

- a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo Tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado;
- b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del Tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el Tratamiento, de conformidad con lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 1581 de 2012;
- c) Ser informado por el responsable del Tratamiento o el Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del 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, adicionen o complementen;
- e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de industria y Comercio haya determinado que en el Tratamiento el responsable o Encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la Constitución;
- f) Acceder en forma gratuita a los datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.
- g) Con los fines normativos, estadísticos, de control y de legalidad, consulte y reporte ante la central de riesgos que maneje los datos personales económicos, la información que estime pertinente y la existencia de deudas vencidas sin cancelar en el momento de solicitar un crédito, que según la Ley y el reglamento de crédito deban cumplir este requisito.

El responsable del tratamiento de los datos es FONDO DE EMPLEADOS FECAPYD ubicado en la calle 24 #50-43, Medellín, Antioquia

Así mismo autorizo a FONDO DE EMPLEADOS FECAPYD para enviarme correos electrónicos, mensajes de texto o contactarme por cualquier otro medio, con el fin de suministrarme información respecto a ofertas, eventos, requerimientos de FECAPYD o cualquier información con ello relacionada.

La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE ANTE CENTRALES DE RIESGO

Autorizo irrevocablemente y en todo tiempo a FECAPYD o a cualquiera que detente sus derechos, para consultar ante cualquier operador de información o centrales de riesgo, toda la información sobre mi comportamiento crediticio y comercial, hábitos de pago y cumplimiento de mis obligaciones. Así mismo para que informe y reporte a dichas entidades el comportamiento de pago, cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales de contenido patrimonial, respecto a todas las operaciones que bajo cualquier modalidad haya celebrado o llegue a celebrar en el futuro con FECAPYD o respecto de obligaciones a mi cargo cuyo acreedor sea FECAPYD, de tal forma que aquellas entidades presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor, codeudor o avalista.

AUTORIZACIÓN DESCUENTOS

Autorizo para que, de los pagos a realizarse por concepto de salarios, prestaciones, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios, pensiones y/o de cualquier otro derecho pecuniario, me sean descontadas las obligaciones que consten en el estatuto, reglamentos, pagarés o cualquier otro documento por mi firmado a favor de **FECAPYD**.

NOMBRE

CC

FIRMA DEL ASOCIADO

FECHA DILIGENCIAMIENTO

DD/MM/AAA