

Diligenciar en tinta negra y letra imprenta. El área sombreada es para uso exclusivo de COMFENALCO

**SOLICITUD DE  
CRÉDITO N°**

Titular <input type="checkbox"/>	Deudor Solidario <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------

Código oficina de radicación:	Código asesor:	Nombre asesor:	Fecha de elaboración:
-------------------------------	----------------	----------------	-----------------------

Monto solicitado:	Plazo:	Destino:
-------------------	--------	----------

Garantía: FPC <input type="checkbox"/> PRENDA <input type="checkbox"/> HIPOTECA <input type="checkbox"/>	<b>Costos adicionales</b>		Valor a entregar:
	Interes Anticipado:	Seguro protección cartera:	
	Seguro Consumo:	Seguros Bolívar:	

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Cédula No.:	Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Fecha de nacimiento:
-------------	------------	----------	-------	----------------------

Nivel educativo:	Estado civil:
------------------	---------------

Cabeza de familia:	N° de hijos:	N° de personas que dependen económicamente de usted:	Total grupo familiar:	Estrato:	Tipo de vivienda:
--------------------	--------------	--	-----------------------	----------	-------------------

Nombre del arrendador actual:	Ciudad:	Teléfono:
-------------------------------	---------	-----------

Dirección de residencia:	Barrio:	Ciudad:	Teléfono Residencia:
--------------------------	---------	---------	----------------------

Teléfono celular:	Correo electrónico:
-------------------	---------------------

Empresa donde trabaja:	NIT:	Teléfono:	Extensión:	Cargo:
------------------------	------	-----------	------------	--------

Lugar de correspondencia:	Ciudad/Dirección:
---------------------------	-------------------

Maneja usted recursos públicos:	Abono en cuenta perteneciente a entidades financieras de la red ACH	Está a mi nombre y autorizo a COMFENALCO Antioquia para consignar en ella el desembolso del crédito solicitado.
	Certifico que la cuenta , Ahorros del banco	

**DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERA (O) PERMANENTE**

Cédula No.:	Apellidos:	Nombres:	Sexo:	Fecha de nacimiento: //
-------------	------------	----------	-------	----------------------------

Empresa donde trabaja:	Ciudad:	Teléfono:	Extensión:	Cargo:
------------------------	---------	-----------	------------	--------

Teléfono/ celular: -	Correo electrónico:	Fecha de ingreso: //	Salario:
-------------------------	---------------------	-------------------------	----------

Ingresos mensuales		Descripción otros ingresos adicionales mensuales		Egresos mensuales	
Ingreso Básico	\$	Utilidad Negocio <input type="checkbox"/>	Bonificaciones <input type="checkbox"/>	Deducciones Nómina	\$
Otros Ingresos constitutivos de Salario	\$	Honorarios <input type="checkbox"/>	Pensión <input type="checkbox"/>	Gastos familiares	\$
Total Salario Base	\$	Comisiones <input type="checkbox"/>	Ingresos familiares <input type="checkbox"/>	Cuota mensual TDC o Crédito Rotativo	\$
Auxilio Transporte	\$	Arriendos <input type="checkbox"/>	Dividendos <input type="checkbox"/>	Plazo	
Otros Ingresos adicionales	\$	Utilidad Negocio <input type="checkbox"/>	Giros del exterior <input type="checkbox"/>	Cuota mensual otras obligaciones	\$
<b>INGRESO TOTAL DEL SOLICITANTE</b>	\$		Rendimientos Financieros <input type="checkbox"/>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	\$
<b>ACTIVOS</b>			<b>PASIVOS</b>		
Ahorro, Inversiones, Cuentas por Cobrar, Inventarios			Deudas Financieras		
Vehículo, Propiedad, Equipo de Oficina, Maquinaria			Deudas con Terceros		
Otros ¿Cuales?			Otros ¿Cuales?		
TOTAL ACTIVOS			TOTAL PASIVOS		

INFORMACIÓN DE BIENES				
Vehículo marca:		Nº Matrícula:	Modelo:	Placa:
Vehículo marca:		Nº Matrícula:	Modelo:	Placa:
Tipo bien:	Dirección:	Municipio:	Nº Escritura:	Fecha escritura:
	Notaria:	Nº Matrícula:	Hipoteca a favor de:	

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA				
¿Posee cuentas en el exterior? NO	Entidad:	¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	NO	
Tipo Moneda:	Nº de Cuenta:	Tipo de operación:		
		Préstamos: <input type="checkbox"/>	Importaciones: <input type="checkbox"/>	Exportaciones: <input type="checkbox"/>
Ciudad:	País:	Inversiones: <input type="checkbox"/>	Otra. ¿Cuáles?:	

REFERENCIAS				
Familiar que no viva con usted	Nombres y apellidos:	Parentesco:	Teléfono residencia:	Teléfono celular:
	Empresa donde trabaja:		Teléfono trabajo:	Ciudad:
Personal 1	Nombres y apellidos:		Teléfono residencia:	Teléfono celular:
	Empresa donde trabaja:		Teléfono trabajo:	Ciudad:
Personal 2	Nombres y apellidos:		Teléfono residencia:	Teléfono celular:
	Empresa donde trabaja:		Teléfono trabajo:	Ciudad:

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE INFORMACIÓN**

1. Autorizo (amos) a COMFENALCO Antioquia y/o a quien represente sus derechos para que solicite, informe, reporte, procese o divulgue a las Centrales de Información y Riesgo todo lo referente a mi comportamiento comercial y a las relaciones comerciales en los términos y condiciones que consagre a Ley.
2. Autorizo (amos) COMFENALCO Antioquia y/o a quien represente sus derechos para que consulten información en cualquier clase de entidad pública o privada legalmente constituida, con el fin de que dicha entidad certifique la titularidad de bienes que se encuentren a mi nombre.

**AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIÓN DE LA CUOTA MONETARIA**

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria debidamente informada e irrevocable a LA CAJA DECOMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO ANTIOQUIA, NIT: 890.900.842-6 y a toda Caja de Compensación a la que me encuentre afiliado en el futuro a retener mi Subsidio Monetario por la totalidad de las Cuotas Monetarias liquidadas y hasta cancelar el valor total del préstamo que me fuera otorgado por la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, con NIT: 890.900.842. Además, la retención de las cuotas monetarias liquidadas con anterioridad al diligenciamiento de esta solicitud, y a mi empleador para efectuar las deducciones de nómina hasta cancelar el valor total adeudado a COMFENALCO Antioquia.

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE VIDA DEUDORES****DATOS PERSONALES SOBRE SALUD:**

1. Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (tratados con medicamentos), derrames, isquemias o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o VIH positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroides, diabetes, pancreatitis, úlcera péptica, colitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, consume drogas estimulantes, ha estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción?

SI  NO

2. Ha tenido enfermedades diferentes a las anunciadas en el numeral 1 por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento o control médico o tiene programada una intervención quirúrgica en los próximos seis (6) meses?

SI  NO  ¿CUAL?:

**CLÁUSULA DE GARANTÍA:**

Declaro que gozo de buena salud y no me encuentro incapacitado, y que la información que suministro en este documento "PÓLIZA DE SEGUROS DE VIDA" es cierta. Acepto que en ningún caso se cubren siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias.

Si antes o después de mi fallecimiento llegare a comprobar que mi estado de salud no corresponde a lo declarado, la Compañía Aseguradora definida por COMFENALCO Antioquia y/o quien represente sus derechos, puede proceder de acuerdo con los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:**

En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo a cualquier persona natural o jurídica que haya sido consultada por mi, para que suministre a la compañía aseguradora, copia de mi historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria, aún después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo.

**AUTORIZACIÓN DE CONTACTO POR MEDIOS ELECTRÓNICOS:**

Autorizo el contacto y envío de información sobre mi crédito y relativa a la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA a través de llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes de texto SMS o por plataformas de mensajería como Whatsapp, Facebook Messenger, Skype, entre otras. Certifico que la línea telefónica y las cuentas suministradas son de mi propiedad.

**CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR**

Fecha:	Nombre de la Empresa:	NIT.	
Teléfono:		Correo electrónico:	
Nombre del funcionario encargado de suministrar la información:			Cargo:
Fecha de ingreso a la empresa:	Tipo de contrato:	Cargo del trabajador:	Fecha vencimiento:

Observaciones del empleador:

Firma y sello de la empresa

\* Señor empleador cualquier sugerencia que usted tenga respecto a este crédito o al trabajador será gustosamente atendida en el área de crédito social al teléfono 4447110 opción 1 - 1 - 4. Encuentre más información en [www.comfenalcoantioquia.com](http://www.comfenalcoantioquia.com)

\* Señor usuario, una vez cancelado su crédito dispone de 3 meses para reclamar el pago en el archivo central ubicado en el quinto piso de la Sede Administrativa y de Servicios Palacé, si en ese término no los ha reclamado, se procederá a destruirlos.

\* Si su crédito es hipotecario, debe reclamar paz y salvo en el área de cartera y con éste solicitar la escritura en el archivo, con éstos documentos dirigirse a la notaría para efectuarla cancelación de la hipoteca.

\* Señor empleador no olvide reportar el descuento y pago de los créditos de sus trabajadores al área de cartera al correo [cobranzas@comfenalcoantioquia.com](mailto:cobranzas@comfenalcoantioquia.com)

\* Una vez finalizado su crédito recuerde reclamar el paz y salvo y validar la cancelación total de su obligación, en caso de presentar excedentes podrá solicitar su devolución.

REQUISITOS GENERALES	INFORMACIÓN GENERAL	DOCUMENTOS ANEXOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ser afiliado a Comfenalco Antioquia.</li> <li>* Tener como mínimo 6 meses de vinculación, contrato indefinido y/o 12 meses otro tipo de contrato.</li> <li>* No tener embargos.</li> <li>* Demostrar capacidad de pago del crédito.</li> <li>* El empleador debe estar al día en el pago de los aportes a Comfenalco Antioquia.</li> <li>* La empresa debe comprometerse a efectuar la deducción por nómina y estar al día en los pagos de los créditos vigentes. Será una causal de negación, la morosidad manifiesta por parte de la empresa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Lea cuidadosamente la solicitud y diligénciela en su totalidad, no se aceptan tachaduras ni enmedaduras.</li> <li>* Todas las líneas de crédito sólo serán desembolsadas a los afiliados activos. En caso de que el trabajador pierda la calidad de afiliado activo se anulará la operación, frente a lo que deberá asumir los gastos en que haya incurrido.</li> <li>* La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para Comfenalco Antioquia. Cualquier falsedad detectada cancela automáticamente el trámite del crédito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 175%.</li> <li>* Certificado laboral original indicando: cargo, salario, fecha de vinculación y tipo de contrato; con fecha no superior a 30 días. Si el contrato es a término fijo, se debe especificar la fecha de terminación del mismo y autorización para descuento por nómina.</li> <li>* Colillas de pago donde se certifique el último mes de salario.</li> <li>* Al momento del desembolso se descontará un porcentaje del crédito por seguro de manejo y de garantía.</li> <li>* Si tienes otros ingresos, presente los certificados que lo acrediten.</li> <li>* Comfenalco Antioquia podrá transferir o ceder unilateralmente a cualquier persona natural o jurídica, su cartera sin previa notificación a la empresa y/o deudor.</li> </ul>

**AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO**

Con la suscripción del presente documento, autorizo expresa e irrevocablemente el débito automático de las cuentas bancarias de las que soy titular, con destino a la cancelación total de la obligación adquirida con la Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, en los siguientes casos: pago de la cuota mensual del crédito, cancelación total de la obligación adquirida, en caso de incurrir en mora. Para todos los casos se incluirán: pago de capital, intereses, costos adicionales (si los hubiere), seguros y asistencias pactadas. En el evento de que el descuento no se realice por saldo insuficiente en la cuenta Bancaria me comprometo a cancelar la(s) cuota(s) en cualquiera de las taquillas de los Centros de Servicios de la Caja, realizar consignación, transferencia o cualquier otro medio que la Caja tenga dispuesto.

Autorizo a Comfenalco Antioquia y/o a quien represente sus derechos para que en caso de que esta solicitud sea negada, esta entidad no me devuelva y destruya todos los documentos que he presentado. Comfenalco Antioquia y/o a quien represente sus derechos se hará responsable por la destrucción de los mismos.

Firmo este documento en constancia de haber leído y declarado información verdadera en forma clara y precisa, aceptando las autorizaciones sugeridas en forma libre y voluntaria.

**AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES**

La caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 14 y 15 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley Estaturia 1581 de 2012, cuenta con una Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web <http://www.comfenalcoantioquia.com.co> en la cual se encuentran previstas las finalidades para las cuales COMFENALCO ANTIOQUIA realiza el tratamiento de los datos personales y se detalla la manera en que usted puede ejercer sus derechos.

Mediante su autorización, COMFENALCO ANTIOQUIA podrá realizar el tratamiento de la información a efectos de:

1. Organizar y pagar el subsidio familiar en dinero y en especie.
2. Prestar los servicios misionales de conformidad con la Ley.
3. Suministrar información sobre ofertas y oportunidades relacionadas con los servicios y productos que ofrece COMFENALCO ANTIOQUIA o ajustes en los mismos.
4. Realizar gestiones de cobranza.
5. Realizar encuestas para el cumplimiento de los objetivos de la Caja de Compensación, evaluar la calidad del servicio y realizar estudios de mercado sobre hábitos de consumo y perfiles de afiliados y usuarios actuales o potenciales.
6. Adelantar los procesos de selección del personal de COMFENALCO ANTIOQUIA y sus contratistas.
7. Suministrar información a terceros aliados de la caja, cuando resulte necesario para la ejecución, entrega o desarrollo de bienes o servicios propios o de los aliados. En todo caso el listado de aliados se mantendrá actualizado en la página web en el vínculo donde se encuentra publicada la política de tratamiento.

Tratándose de un menor de edad, la autorización para el tratamiento de los datos deberá ser otorgada por su representante legal. COMFENALCO ANTIOQUIA, en cumplimiento de su objeto social y de la Ley, en casos excepcionales requerirá información personal sensible de forma expresa, casos en los cuales el titular no estará obligado a dar su autorización.

Usted puede acceder en cualquier momento a los datos suministrados y solicitar su corrección, actualización o supresión para lo cual podrá ponerse en contacto con el Departamento de Jurídico de COMFENALCO ANTIOQUIA al teléfono 511 31 33 ext. 1792, dirección de correspondencia Carrera 50 No. 53-43 piso 16 de Medellín o correo electrónico [protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com](mailto:protecciondedatos@comfenalcoantioquia.com) Teniendo conocimiento del aviso de privacidad.

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar Comfenalco Antioquia realiza el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes, y con la necesidad de ejecutar los diferentes programas sociales y comerciales de la Caja, retención de la cuota monetaria, notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su Política de Protección de Datos, según lo reglamentado

SI  NO

<hr/> <p>Firma y No. de Cédula</p>	Huella Índice Derecho del solicitante
------------------------------------	---