



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAQUETÁ
"COMFACA"

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CRÉDITO

LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS ESTÁN SUJETOS A VERIFICACIÓN
Diligenciar completamente este formulario con lapicero negro sin tachones ni enmendaduras

V7
PM-SCS-FT-02
07-07-2022

FECHA RADICADO

SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONA NATURAL

1	No. Solicitud		No. de Comprobante		Valor de la Cuota		Categoría	
	Marque con una X		Valor Solicitado		Plazo en meses			
	Solicitante	Codeudor	\$					

PRODUCTO SOLICITADO (Marque con una X)

2	A. Educación	<input type="checkbox"/>	B. Salud	<input type="checkbox"/>	C. Vivienda	<input type="checkbox"/>	D. Libre Inversión	<input type="checkbox"/>	Ha tenido crédito con Comfaca:	
	E. Recreación y Turismo	<input type="checkbox"/>						SI		<input type="checkbox"/>

DATOS DEL SOLICITANTE (Quien va a solicitar el crédito)

3	Fecha de Vinculación a Comfaca	Día	Mes	Año	Tipo de Identificación	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	No. Identificación	Fecha de Nacimiento			
	País de Nacimiento		Nombre y apellidos									
	Fecha de Expedición	Día	Mes	Año	Profesión u Ocupación			Sexo	M	F	Otros	
	Nivel educativo	Primaria		Bachillerato		Técnico		Universitario		Posgrado		Ninguno
	Dirección de Residencia - Recibo de Correspondencia				Barrio		Ciudad Residencia		País Residencia			
	Teléfono fijo			Movil			E-mail:					
	Tipo de Vivienda	Propia		Familiar		Arrendada		Núcleo Familiar	No. de Personas a Cargo			
	DATOS CONYUGE	No. de Identificación		Nombre y apellidos					Ingresos Laborales			
		Trabaja	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Nombre de la empresa			Dirección		
		E-mail:				Teléfono Empresa			Movil			

INFORMACIÓN LABORAL DEL MES: AÑO: (ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA EMPRESA)

Razón Social de la Empresa				Nit.		Teléfono		
Dirección de la Empresa				Ciudad		Cargo		Tiempo de Servicio
Fecha de Ingreso		Tipo de contrato		Vencimiento		Nombre del pagador		
INGRESOS Y DESCUENTOS LABORALES DEL SOLICITANTE								
INGRESOS COMO EMPLEADO				DESCUENTOS POR NÓMINA				
Salario devengado mensual	\$			Salud y pensión	\$			
Subsidio de transporte	\$			Libranzas con Comfaca	\$			
Horas Extras	\$			Otras Libranzas	\$			
Comisiones	\$			Judiciales	\$			
Otros ingresos laborales	\$			Otras deducciones de nómina	\$			
TOTAL INGRESOS		\$			TOTAL GASTOS		\$	
				TOTAL NETO RECIBIDO				
<p>NOMBRE, FIRMA Y SELLO (RESPONSABLE ADMINISTRACIÓN PERSONAL AUTORIZADO POR LA EMPRESA)</p> <p>Acepto como responsable de autorizar el descuento por nómina descontar el valor correspondiente de acuerdo al plan de pagos, el valor del Crédito concedido por COMFACA al solicitante más los intereses, seguros y demás obligaciones a su cargo, y entregarlos a dicha entidad en las fechas convenidas una vez realice los descuentos (diez (10) primeros días del mes)</p>								

INFORMACIÓN ECONÓMICA DEL SOLICITANTE

OTROS INGRESOS					
Arrendamientos \$		TOTAL GASTOS \$			
Otros ingresos \$		Descripción de gastos \$			
Descripción de ingresos:		TOTAL ACTIVOS \$			
		TOTAL PASIVOS \$			
PROPIEDADES					
TIPO DE BIEN	DIRECCIÓN - MARCA - PLACA		CIUDAD	MATRÍCULA INMOB. / MODELO	VALOR COMERCIAL
Vivienda					
Vehículo					
Otros					
DEUDAS A CARGO DEL SOLICITANTE					
NOMBRE ACREEDOR		CONCEPTO		VALOR CUOTA	SALDO DE LA OBLIGACIÓN
REFERENCIAS					
FAMILIAR					
Nombre y Apellidos:				No. Célular:	
PERSONAL (Que no viva con usted)					
Nombre y Apellidos:				No. Célular:	

INFORMACIÓN LEGAL

7. DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Declaro(mos) que la información suministrada y los documentos que se anexan son totalmente ciertos. Expresamente autorizo(mos) a COMFACA para que consulte y reporte a cualquier Banco de Datos la Información y referencias relativas a mi (nuestros) nombre, apellidos y documentos de identificación, a mi (nuestro) comportamiento y crédito comercial, hábitos de pagos, manejo de mi (nuestra) cuenta(s) corriente(s) Bancaria(s) y en general al cumplimiento de mis obligaciones. Declaro(mos) conocer el reglamento de crédito. Que los recursos, bienes, dinero y/o actividades económicas que realizo provienen de fuentes lícitas y actividades propias de mi actividad económica de conformidad con la normatividad colombiana y código penal.

8. AUTORIZACIÓN DESCUENTOS DE CRÉDITO:

De igual manera en el evento que resulte la solicitud de crédito, autorizo expresa e irrevocablemente a COMFACA para descontar en la fecha de desembolso de crédito el valor total de los gastos que se causen en el trámite de estudio, evaluación de crédito, entendiéndose por ella los procesos administrativos y operativos que realiza previamente al perfeccionamiento de mutuo correspondiente, así el valor del seguro deudores, intereses de ajustes, central de riesgos, saldos que a la fecha adeuda a COMFACA, igualmente en caso de mi (nuestro) retiro de la empresa en forma irrevocable autorizo(mos) al pagador para retener de mis salarios y prestaciones sociales, pensiones / cesantías e indemnización a que tengo derecho el saldo que a esta fecha adeude. En el evento de tener otro crédito contabilizado sea cancelado con el producto de este préstamo que me encuentro tramitando.

9. AUTORIZACIÓN CONSULTA Ó TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

COMFACA identificado con Nit. 891.190.047-2 es responsable del tratamiento de datos personales, y en tal virtud, recolectará, almacenará y usará su información personal para las siguientes finalidades: (1) Remitir o enviar información relacionada con el objeto social de la organización; (2) Realizar actividades de gestión administrativa; (3) Cumplir con la atención de derechos de los ciudadanos; (4) Recibir y gestionar requerimientos internos o externos sobre productos o servicios; (5) Generar estadísticas internas; (6) Adelantar campañas de Actualización de datos e información de cambios en tratamiento de datos personales; (7) Gestionar actividades de captación y préstamo de recursos; (8) Cumplir con los requisitos legales para la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo; (9) Realizar la formalización de ajustes o acuerdos de pago; (10) Realizar la verificación de cumplimiento de obligaciones legales o normativas; (11) Realizar la verificación de datos o referencias suministradas con terceros o entidades; (12) Realizar actividades de cobro y pago; (13) Cumplir con los deberes económicos y contables; (14) Atender requerimientos de autoridad judicial o administrativa; (15) Realizar la verificación de datos y referencia; (16) Realizar la verificación de requisitos jurídicos técnicos y/o financieros; (17) Adelantar comunicaciones o contacto vía correo electrónico, SMS, teléfono u otro medio; (18) Realizar el envío de comunicaciones a nivel general; (19) Realizar análisis de perfiles; (20) Realizar encuestas de opinión; (21) Adelantar el ofrecimiento productos y servicios; (22) Gestionar la seguridad en todos sus aspectos; (23) Gestionar crédito y cartera de los afiliados; (24) Realizar actividad de cobranza de manera directa o a través de terceros autorizados.

Como titular de sus datos personales usted tiene derecho a: (i) Acceder en forma gratuita a los datos proporcionados que hayan sido objeto de tratamiento. (ii) Conocer, actualizar y rectificar su información frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o a aquellos cuyo tratamiento esté prohibido o no haya sido autorizado. (iii) Solicitar prueba de la autorización otorgada. (iv) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente (v) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. (vi) Abstenerse de responder las preguntas sobre datos sensibles. Puede ejercer sus derechos siguiendo el procedimiento descrito en nuestra política, la cual puede consultar escribiéndonos un correo electrónico a atencionalusuario@comfaca.com o ingresando a nuestra página web www.comfaca.com

Firmar o diligenciar la información requerida se entenderá como una conducta inequívoca de que usted como titular de los datos personales otorga su consentimiento a COMFACA para que trate su información personal de acuerdo con las finalidades mencionadas anteriormente y manifiesta que la presente autorización le fue solicitada y puesta de presente ante de entregar sus datos y que la suscribe de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Igualmente con la presente autorización faculto a la COMFACA para solicitar a los Operadores de Información del PILA y a éstos a su vez, para que le suministren a COMFACA por el medio que considere pertinente y seguro, mis datos personales relacionados con la afiliación y pago de los aporte al Sistema de Seguridad Social Integral, tales como ingreso base de cotización demás información relacionada con mi situación laboral y empleador (presente y futura) COMFACA podrá conocer dicha información las veces que lo requieran, mantenerla actualizada y en general tratarla, directamente o a través de un encargado, con la finalidad de analizar mi perfil crediticio en aras de establecer una relación comercial y/o de servicios conmigo, así como también para ofrecerme productos o servicios que se adecuen mi perfil crediticio o afianzar la relación comercial y financiera ya existente.

10. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a (Comfaca) a: i) Reportar, divulgar y procesar, ante las Centrales de Información Financiera y de Entidades Financieras y/o cualquier otra entidad, en Colombia o en el exterior, que administre bases de datos con fines análogos a los de ésta última toda la información relacionada con las obligaciones que he contraído con (Comfaca) y específicamente el incumpliendo y/o mora de las obligaciones contraídas, ii) Solicitar y consultar, con fines estadísticos de control, de supervisión y de información comercial, toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento y/o mora de obligaciones que se encuentre disponible en la y/o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia o en el exterior, iii) Consultar y verificar con terceros toda la información que he suministrada a comfaca, lo cual incluye, sin limitarse a: referencias comerciales, personales y laborales, información financiera y derechos reales. En caso de mora, de conformidad con lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1266 de 2.008, tiene 20 días calendario para cancelar, de lo contrario se procederá a realizar el respectivo reporte ante las centrales de información financiera a la cual se le comunicara su hábito.

Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentra afiliados y/o tengan acceso a las centrales de riesgo podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable.

11. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIONES

Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a (COMFACA) para recibir notificaciones judiciales o cualquier otro tipo de notificación que este relacionada con mi obligación crediticia al correo electrónico relacionado en el numeral 3 de este formulario.

En cumplimiento de lo dispuesto por la ley 2300 de 2023, por medio del presente formulario AUTORIZO a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAQUETÁ COMFACA, para que, con fines comerciales y de cobranza me contacte a través de los siguientes canales: marque con una X los diferentes canales que autoriza CORREO ELECTRÓNICO: ___ CELULAR: ___ WHATSAPP: ___ TELÉFONO FIJO: ___ DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: ___ y/o MENSAJE DE TEXTO: ___

La autorización que aquí se concede es con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones contenidas en la ley 2300 de 2023, por tanto, me podrán contactar por los canales autorizados en los horarios que se establecen en la norma, esto es de lunes a viernes de: 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 3:00 p.m.

Yo, como deudor certifico que este crédito propende por el mejoramiento de mi calidad de vida.	DEUDOR O CODEUDOR	HUELLA
FIRMA, C.C. Y HUELLA		

ESPACIO EXCLUSIVO RESPONSABLE PROCESO DE CRÉDITO SOCIAL

Valor aprobado \$	Periodos de amortización	No. de documento	Fecha Aprobación	Firma Jefe
Aprobado por:		Observaciones		



- FORMULARIO DE SOLICITUD DE CRÉDITO
- FOTOCOPIA CÉDULA AMPLIADA AL 150% DEL SOLICITANTE
- DESPRENDIBLE DE NOMINA DE LOS DOS ÚLTIMOS MESES
- CERTIFICADO LABORAL NO MAYOR A 30 DÍAS (TIPO CONT. SUELDO, FECHA INGRESO, CARGO, FECHA VENC. CONTRATO)
- COMPROBANTE PARA PAGO DE MATRICULA (PARA CRÉDITO EDUCATIVO)
- COTIZACIÓN DE PLAN TURÍSTICO DE AGENCIA DE VIAJES (PARA CRÉDITO TURISMO)
- COTIZACIÓN DEL SERVICIO SOLICITADO
- FOTOCOPIA SERVICIOS PÚBLICOS PARA CRÉDITOS DE VIVIENDA:
- CERTIFICADO DE LIBERTAD Y TRADICIÓN DE LA MATRICULA INMOBILIARIA
- CERTIFICADO QUE EL PREDIO NO ESTA EN ZONA DE RIESGOS NO MITIGABLE
- PROMESA DE COMPRAVENTA AUTENTICADA (PARA COMPRA DE VIVIENDA)
- PRESUPUESTO DE INVERSIÓN DE OBRA CIVIL (PARA REMODELACIÓN O CONSTRUCCIÓN DE VIVIENDA)