


| | | | |
|---|--|-------------------|--------------------------|
|  | FORMATO SOLICITUD DE CRÉDITO DE PIGNORACIÓN | | Código: F-CS-06 |
| | | | Fecha: 17-09-2024 |
| | PROCESO CREDITO SOCIAL | | Versión: 02 |
| | | | Página 1 de 2 |
| ELABORÓ/ ACTUALIZÓ | REVISÓ | APROBÓ | |
| Profesional Senior 3 de Crédito Social | Analista y/o Profesional Senior 5 | Comité de Calidad | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| FECHA DE SOLICITUD | | | |
|---------------------------|--|--|--|

| DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------|
| Apellidos: | | Nombres: | |
| Cedula N° | Dirección de residencia / Barrio: | Departamento: | Municipio: |
| Teléfono: | E-mail: | N° de personas a cargo: | |

| DATOS DE LA EMPRESA | | | |
|----------------------------------|--------------------|-------------------|--------------|
| Nombre de la empresa: | | Nit: | |
| Dirección: | Departamento: | Municipio: | Teléfono: |
| Para uso exclusivo de COMFASUCRE | | | |
| Nombre del contacto: | Fecha de contacto: | Hora de contacto: | Observación: |

| REFERENCIAS | | |
|-------------|----------------------|-----------------------|
| Familiar | Nombres y apellidos: | Dirección y Teléfono: |
| Personal | Nombres y apellidos: | Dirección y Teléfono: |

| NUCLEO FAMILIAR (por el cual(es) desea pignorar el subsidio familiar) | | |
|---|-----------------|-------------------------|
| Nombres y apellidos: | Identificación | Valor solicitado: \$ |
| Nombres y apellidos: | Identificación | Valor solicitado: \$ |
| Nombres y apellidos: | Identificación: | Valor solicitado: \$ |
| Nombres y apellidos Padre Afiliado: | Identificación: | Valor solicitado: \$ |
| Nombres y apellidos Madre Afiliada: | Identificación: | Valor solicitado: |

| AUTORIZACION PARA RETENCION DEL SUBSIDIO FAMILIAR Y NOMINA |
|--|
| Autorizo de manera clara, expresa y exigible a COMFASUCRE, debitar mensualmente el valor correspondiente al subsidio familiar y en caso determinación del contrato laboral se descuente de la liquidación de prestaciones sociales y/o salario el valor que adeude hasta cancelar el valor total del préstamo autorizado por COMFASUCRE. |
| AUTORIZA PARA RETENCION DEL SUBSIDIO FAMILIAR Y NOMINA |
| Autorizo de manera clara, expresa y exigible a COMFASUCRE que en caso de fallecimiento del deudor solicitante se disponga del subsidio por muerte de trabajador afiliado como pago del valor que adeuda en el momento del siniestro. |


- En caso de que COMFASUCRE por error realice un desembolso por mayor valor al solicitado; autorizo de manera clara, expresa y exigible a la empresa donde laboro, me sea descontado de mi sueldo o liquidación, la diferencia consignada, o se realice el descuento de la cuota del subsidio familiar (Artículo 2313 Código civil)

- Dando cumplimiento a la Ley Estatutaria 1581 de 2012, reglamentada por el Decreto 1377 de 2013. En mi calidad titular de la información, Autorizo a COMFASUCRE de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca para tratar mi información personal, para que pueda: procesar, recolectar, almacenar, usar, suprimir, recaudar, consultar, solicitar, suministrar, compilar, confirmar, modificar, emplear, analizar, estudiar, conservar, recibir, actualizar, dar tratamiento y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporado en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta la entidad.

- Los datos consignados son fidedignos y suministrados bajo la gravedad del juramento prestados con la firma del presente documento.

FIRMA DEL TRABAJADOR AFILIADO
El afiliado acepta el compromiso adquirido con COMFASUCRE

| |
|---------------|
| HUELLA |
|---------------|

| | | |
|---|---|--------------------------|
|  | FORMATO SOLICITUD DE CRÉDITO DE PIIGNORACIÓN | Código: F-CS-06 |
| | PROCESO CREDITO SOCIAL | Fecha: 17-09-2024 |
| | | Versión: 02 |
| | | Página 2 de 2 |
| ELABORÓ/ ACTUALIZÓ | REVISÓ | APROBÓ |
| Profesional Senior 3 de Crédito Social | Analista y/o Profesional Senior 5 | Comité de Calidad |

| CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|--------------------------|-----------------|---------------|------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------------|--|-------------|--|----------------------|--|--|--|----------------------|--|---------------------|--|
| Para uso exclusivo del empleador | Yo _____ en mi calidad de (cargo) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | de la empresa _____ hago constar que el (la) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | señora(a) _____ identificado(a) con cédula _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | de ciudadanía No. _____, ingreso a la empresa con tipo de contrato _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | fecha de inicio _____ fecha de terminación _____ y tiene los siguientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ingresos y descuentos mensuales: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="0"> <tr> <td>Ingresos:</td> <td>Valor:</td> <td>Egresos:</td> <td>Valor:</td> </tr> <tr> <td>Salario básico mensual _____</td> <td></td> <td>Deducciones de ley _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Subsidio de transporte _____</td> <td></td> <td>Otros _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros ingresos _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total ingresos _____</td> <td></td> <td>Total egresos _____</td> <td></td> </tr> </table> | Ingresos: | Valor: | Egresos: | Valor: | Salario básico mensual _____ | | Deducciones de ley _____ | | Subsidio de transporte _____ | | Otros _____ | | Otros ingresos _____ | | | | Total ingresos _____ | | Total egresos _____ | |
| | Ingresos: | Valor: | Egresos: | Valor: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Salario básico mensual _____ | | Deducciones de ley _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Subsidio de transporte _____ | | Otros _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros ingresos _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total ingresos _____ | | Total egresos _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La empresa certifica la veracidad de la información contenida en este espacio, acepta y se compromete a efectuar los descuentos en nómina en el plazo establecido hasta la cancelación total de la obligación. En caso de retiro debe deducir de la liquidación o prestaciones sociales el valor que adeuda el trabajador a COMFASUCRE. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PARA USO EXCLUSIVO DE COMFASUCRE | |
|---|--------------|
| Fecha: _____ Hora: _____ Acta N° _____ Aprobado _____ Aplazado _____ Negado _____ | |
| Valor aprobado \$: _____ | |
| N° cuotas _____ Vr cuotas _____ | |
| RECIBO _____ | APROBO _____ |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Lea cuidadosamente su solicitud y diligénciela en su totalidad, no se acepta tachaduras ni enmendaduras. - La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para COMFASUCRE - Cualquier falsedad detectada cancela automáticamente el trámite del crédito. - Si tiene otros ingresos, presente los certificados que los acrediten. <p>DOCUMENTOS ANEXOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de la cedula de ciudadanía. - 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. - Desprendibles de pago donde se certifique los dos últimos meses de salario. En caso de no tenerlas en la carta laboral se debe especificar el valor delas deducciones mensuales. - Pagare, carta de instrucción y tratamiento de datos. |
|---|

El presente documento presta merito ejecutivo conforme al artículo 422 del código general del proceso.