

Nit. 891.180.008-2

www.comfamiliarhuila.com

ESTA SOLICITUD NO IMPLICA COMPROMISO DE COMFAMILIAR Y ESTA SUJETO A APROBACIÓN, DILIGENCIAR COMPLETAMENTE ESTE FORMATO EN TINTA NEGRA SIN TACHONES NI ENMENDATURAS

SOLICITUD DE CREDITO PERSONA NATURAL															
TIPO SOLICITUD: SOLICITUD DE CRÉDITO <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/>															
CIUDAD		NOMBRE ASESOR COMERCIAL				FECHA DE RADICACIÓN			SOLICITUD N°						
						D	D	M	M	A	A	A			
SOLICITANTE <input type="checkbox"/> CODEUDOR <input type="checkbox"/> Codeudor de: _____															
PRODUCTO SOLICITADO (diligenciar este campo solo el solicitante)															
Libre inversión <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Compra de vivienda <input type="checkbox"/> Remodelación vivienda <input type="checkbox"/>															
Destinación del credito:										Día elegido para cancelar cuota:					
Forma de pago: Ventanilla <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Valor solicitado \$				Plazo solicitado (Meses)			Cuota máxima mensual \$						
INFORMACION BASICA															
DATOS PERSONALES															
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		N° identificación			Lugar de expedición			FECHA DE EXPEDICIÓN							
								D	D	M	M	A	A	A	A
Nombre(s) y apellido(s)															
FECHA DE NACIMIENTO				SEXO		N° hijo(s)			N° de personas a cargo						
D D M M A A A A				F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>											
Estado civil		Soltero <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>													
Nivel educativo		Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Tecnico Tecnologo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Profesión _____													
Ocupación		Empleado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/>													
Tipo de vivienda		Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/>		Tiempo de antigüedad en la vivienda (años)			Valor Arriendo \$								
INFORMACION DE UBICACIÓN															
Dirección de residencia										Barrio					
Estrato		Ciudad		Teléfono de residencia			Celular		WhatsApp						
E-mail															
Dirección de correspondencia Residencia <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cual? _____															
Canales de contacto autorizado Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Teléfono Fijo <input type="checkbox"/> Dirección de Correspondencia <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Visitas Presenciales <input type="checkbox"/>															
DATOS CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE															
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		N° identificación					Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>								
Nombre(s) y apellido(s)										Celular					
Actualmente trabaja SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre de la empresa													
Cargo										Salario \$					
INFORMACION PARA DESEMBOLSO DE CREDITO															
Declaro que soy titular de la cuenta registrada y autorizo libre, expresa e irrevocablemente a COMFAMILIAR HUILA para consignar en ella el valor del desembolso del crédito en caso de ser aprobado.															
Número de Cuenta			Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Nequi <input type="checkbox"/> Daviplata <input type="checkbox"/>					Entidad							
INFORMACION LABORAL															
Nit		Nombre de la empresa													
Dirección de la empresa:						Teléfono		Ext.	Ciudad						
Dirección sede donde labora:										Teléfono					
Para uso exclusivo de la empresa crédito por libranza		FECHA DE INGRESO				Firma y sello (responsable administracion de personal)									
		D D M M A A A A													
		Salario básico \$				Acepto como pagador descontar el valor correspondiente de acuerdo al plan de pagos el valor del crédito concedido por COMFAMILIAR al solicitante, más los intereses, seguros y demás obligaciones a su cargo y entregarlas a dicha entidad en las fechas convenidas una vez realice los descuentos									
Para descuento por nomina indicar el valor máximo descontable \$															
INFORMACION FINANCIERA															
Salario mensual \$		Otros Ingresos \$			Total Ingresos \$			Total Gastos \$							
INFORMACION PATRIMONIAL BIENES															
TIPO		DESCRIPCIÓN				CIUDAD		VALOR COMERCIAL							

CONDICIONES PARA EL OTORGAMIENTO DEL CRÉDITO

De acuerdo a la política de crédito y cartera, COMFAMILIAR estableció los siguientes parámetros para el otorgamiento de crédito y el cobro a sus afiliados:

- En virtud de la solicitud que he presentado voluntariamente, COMFAMILIAR podrá validar y otorgar bajo su facultad al afiliado quien en adelante y para todos los efectos del presente documento se denominará EL CLIENTE, un crédito que hace parte del portafolio de servicios de COMFAMILIAR como Caja de Compensación, en cuyo caso EL CLIENTE adquiere los derechos y acepta las condiciones y obligaciones pactadas, declara conocer y aceptar en todas sus partes. COMFAMILIAR se reserva el derecho de aceptar o rechazar solicitudes de crédito y no estará obligado a informar al cliente las razones del rechazo.
- COMFAMILIAR, exige al cliente tomar el seguro de vida y/o de los bienes dados en garantía, o cualquier otro seguro requerido por monto, cobertura y demás exigencias derivadas de las normas y políticas internas que regulen la materia, en los que figure COMFAMILIAR como primer beneficiario; Seguros que deberán diligenciarse conforme al estado de salud real del asegurado, así como renovarse y modificarse conforme a las normas y políticas hasta la cancelación total de las obligaciones.
- El seguro de vida debe diligenciarse de manera exacta, verídica y completa, por lo tanto, cualquier error y/u omisión de la información, implicará el no cubrimiento de la póliza.
- El cliente se compromete a pagar a COMFAMILIAR, en las condiciones pactadas en el plan de pagos.
- Para los créditos por libranza, si la empresa pagadora no efectúa los descuentos y el pago oportuno, el cliente deberá acercarse a realizar su abono, según lo expreso en la misma. En caso de cancelar en la entidad financiera, deberá remitir copia de la consignación para el registro de los respectivos abonos.
- Para las solicitudes de crédito, el plazo máximo para su legalización será de 30 días contados a partir de la fecha de aprobación, pasado este tiempo los documentos perderán validez. Así mismo, los documentos soportes de estas solicitudes que no sean reclamados en 30 días, serán destruidos.
- Si al momento de legalizar la operación de crédito, la fecha de giro y la fecha de pago superan los 30 días, el titular deberá reconocer por anticipado interés corriente de ajuste, así como el (los) seguro(s), estudio de crédito y demás cargos asociados a la solicitud. que adeude de manera anticipada o vencida de acuerdo al plan de pagos pactado.
- En caso que el cliente no cumpla con el plan de pagos pactado, se cobrarán intereses de mora a la tasa máxima legal permitida, gastos de cobranza, pre jurídicos, jurídicos, extra judicial y a los que haya lugar hasta que el cliente normalice o cancele totalmente la obligación.
- Autorizo a Comfamiliar del Huila o a quien en un futuro represente sus derechos, para que a partir de la fecha de incumplimiento de mis obligaciones crediticias, debite de cualquier deposito o valor que tenga a mi favor incluyendo los saldos por concepto de cuota monetaria; estos valores serán abonados a la deuda y seguirán siendo descontados mes a mes hasta tanto no me encuentre al día en mis obligaciones.
- Autorizo que la información aquí suministrada sea usada para contactarme con fines comerciales y de cobranza.
- En concordancia con la ley 1527 de 2012 en su artículo 7, en el evento que cambie de empleador o entidad pagadora, estoy obligado a informar dicha situación a COMFAMILIAR, con quien tengo obligación(es) de libranza, sin perjuicio de que la simple autorización de descuento que suscribi faculte a COMFAMILIAR para solicitar al nuevo empleador o entidad pagadora el giro correspondiente de los recursos derivados de las obligaciones adquiridas en esta modalidad.
- Para los créditos con pignoración, el valor a descontar mensualmente corresponderá al total del saldo a favor que tenga por concepto de cuotas monetarias; Para los casos en los cuales el titular le sea suspendida la cuota monetaria, éste deberá cancelar por cualquier medio autorizado por COMFAMILIAR los valores adeudados hasta tanto no se reactiven los descuentos.

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL RIESGO

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE: (marcar con X)

- No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad, por lo tanto me encuentro en buen estado de salud
- Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X

- Enfermedades del corazón - Presión arterial
- Enfermedades Pulmonares - Respiratorias - Tuberculosis
- Enfermedad Digestiva - Gastrointestinales
- Enfermedades Renales - Genitourinarias
- Enfermedades Crónicas o Terminales
- Deformidades o Malformaciones

- Enfermedades Musculoesqueléticas - Reumatismo - Artritis
- Enfermedades Nerviosas - Mentales
- Enfermedades de los ojos - Oídos - Nariz - Garganta
- Enfermedades Cerebrovasculares
- Bocio - Diabetes - Sobrepeso
- Cáncer u otros Tumores

Otra Enfermedad no mencionada anteriormente (especifique): _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las anteriormente mencionadas explique:

Enfermedad : _____ Año Diagnóstico _____ Tratamiento _____

EPS a la que se encuentra afiliado _____

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

T.D.	Nº DOCUMENTO	F. NACIMIENTO	NOMBRES Y APELLIDO	No. CELULAR	PARENTESCO	%

SOLICITUD GARANTÍA CRÉDITO

El firmante del presente documento, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto de manera expresa que no cuento con una garantía que permita asegurar el cumplimiento de la obligación. Por lo anterior, solicito a COMFAMILIAR HUILA, que, en caso de requerirla, para la solicitud de crédito que me encuentro tramitando, esta se avale por medio del Fondo de Garantías, el cual previo a ser explicado de manera minuciosa, es entendido, aceptado y tomado por mi parte. Así mismo, acepto el pago de la comisión correspondiente por la emisión de dicha garantía.

AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Al diligenciar este documento autorizo a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA – COMFAMILIAR HUILA, ubicada en calle 11 No. 5-63 de la ciudad de Neiva – Huila, y con teléfono de contacto PBX (608) 8664452, línea gratuita 018000918869, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, que se capturan en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento. Lo anterior para dar cumplimiento a las finalidades: Gestiones comerciales y de cobro, consultar y/o reportar a los Operadores de bancos de datos de información financiera o crediticia de la que trata la Ley 1266 de 2008 y la Ley 2157 de 2021 o consultar multas y sanciones ante las diferentes autoridades administrativas y judiciales o bases de datos públicas que tengan como función la administración de datos de esta naturaleza, y demás finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.comfamiliarhuila.com, la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos son sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización.

AUTORIZACION DE CONSULTA, ACTUALIZACION Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA – COMFAMILIAR HUILA y a quien en el futuro represente sus derechos a:

- Reportar, divulgar y procesar, ante las centrales de información financiera y de Entidades Financieras y/o cualquier otra entidad en Colombia, que administre bases de datos con fines analógicos a los de ésta última toda la información relacionada con las obligaciones que he contraído con COMFAMILIAR y específicamente el incumplimiento y/o mora de las obligaciones contraídas.
- Solicitar y consultar, con fines estadísticos de control, supervisión y de información comercial toda mi información financiera y comercial, en general, y especialmente la información relativa al incumplimiento y/o mora de las obligaciones que se encuentre disponible en la y/o cualquier otra base de datos de la misma naturaleza en Colombia.
- Consultar y verificar con terceros todos los datos que he suministrado a COMFAMILIAR, lo cual incluye, información comercial, personal, laboral, financiera y de derechos reales.

AUTORIZACION INFORMACION OPERADORES PILA

Con la presente autorización faculto a COMFAMILIAR para solicitar a los operadores de Información del PILA, y a éstos a su vez, para que le suministren a COMFAMILIAR, por el medio que considere pertinente y seguro, mis datos personales relacionados con la afiliación y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, tales como ingreso base de cotización y demás información relacionada con mi situación laboral y empleador (presente y futura). COMFAMILIAR 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 ofrecermé productos o servicios que se adecuen a mi perfil crediticio o afianzar la relación comercial y financiera ya existente.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? Si No

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder político? Si No

¿Por su cargo o actividad goza de reconocimiento público? Si No En caso de una respuesta afirmativa, especifique (artista, deportista, etc.)

OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones internacionales? Si No ¿Cual? (importaciones, exportaciones, inversiones, prestamos, giros, pago de servicios, transferencias, etc.)

DECLARACIONES

Declaración voluntaria de origen de fondos: Declaro (amos) que los recursos utilizados en cualquier relación comercial y/o contractual con COMFAMILIAR, provienen de actividades lícitas; por tal razón, manifiesto que aquellos no son resultado de actividades penalizadas por el ordenamiento colombiano, tales como delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito o lavado de activos, utilización indebida de los fondos captados del público, actividades relacionadas con el tráfico de estupefacientes, testafierros, delitos contra el orden constitucional o cualquier otro delito o actividad contraria al orden público. Por ende, declaro (amos) bajo la gravedad de juramento que actualmente no me (nos encuentro (amos) incluido (s) en ninguna lista restrictiva como la lista OFAC o similares, no he(amos) sido condenado(s) a investigación alguna ante cualquier autoridad como resultado de investigaciones en procesos de extinción de dominio, no he (mos) sido condenado (s), y no se ha emitido en mi (nuestra) contra sentencia o fallo en relación con las conductas mencionadas en este párrafo.

OTRAS DECLARACIONES

Con la firma del presente documento, declaro (mos) que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo (amos) su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, Pública o Privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado.

Declaro (amos) que conocimos y acepto (amos) las condiciones de los reglamentos y contratos de los productos aquí solicitados.

Acepto (amos) desde ahora el monto y el plazo aprobado (s) por COMFAMILIAR, como resultado del estudio de mi (nuestra) solicitud de crédito. En constancia de haberlo leído, entendido y aceptado esta información, firmo (amos) el presente documento.

DEUDOR

HUELLA DACTILAR

CODEUDOR

HUELLA DACTILAR

FIRMA Y C.C.

FIRMA Y C.C.