

**FONDO DE EMPLEADOS FONEM PLUS****NIT. 890.326.652-1****SOLICITUD DE CREDITO**

La solicitud debe ser diligenciada con letra imprenta con tinta negra, sin enmendaduras ni tachaduras

Fecha Diligenciamiento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Rad. Número

Ciudad

Para Producto de Credito

Deudor Codeudor **I. INFORMACIÓN PERSONAL**

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO CC <input type="radio"/> PT <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TI <input type="radio"/>	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD		DEPARTAMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO MUNICIPIO		FECHA DE EXPEDICIÓN D D M M A A A A	
GENERO M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO D D M M A A A A		DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO		MUNICIPIO DE NACIMIENTO		
ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/>		MUJER CABEZA DE FAMILIA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		PERSONAS A CARGO Adultos ____ Menor 18 años ____		OCUPACIÓN: Empleado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/>	
DIRECCIÓN DOMICILIO / BARRIO				DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TIPO DE VIVIENDA Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/>		ESTRATO	TELÉFONO RESIDENCIA		CELULAR		
TIEMPO EN LA VIVIENDA		NOMBRE DEL ARRENDADOR		TELÉFONO ARRENDADOR		CELULAR ARRENDADOR	
CORREO ELECTRÓNICO						AUTORIZO ENVIAR CORRESPONDENCIA Correo Electrónico <input type="radio"/> Residencia <input type="radio"/>	

II. INFORMACIÓN ACADÉMICA

NIVEL DE ESTUDIOS	Título Obtenido:						
Primaria <input type="radio"/> Bachillerato <input type="radio"/> Técnico <input type="radio"/> Tecnología <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Especialización <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Posdoctorado <input type="radio"/>							

III. INFORMACIÓN LABORAL (Si es Empleado)

NOMBRE DE LA EMPRESA DONDE LABORA		CÓDIGO INTERNO	NÚMERO DE NIT DE LA EMPRESA		FECHA INGRESO D D M M A A A A		
ACTIVIDAD ECONÓMICA EMPRESA CÓDIGO CIU	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA Servicios <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Agropecuaria <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Estatal <input type="radio"/> ¿Cual?						
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		DEPARTAMENTO/MUNICIPIO	CARGO		CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO		
TELÉFONO EMPRESA		EXTENSIÓN	CELULAR CORPORATIVO		SALARIO MENSUAL ACTUAL \$		
TIPO DE EMPRESA Publica <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>		TIPO DE CONTRATO Indefinido <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Prestación Servicios <input type="radio"/>		¿POSEE ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			

IV. DILIGENCIE SI USTED ES INDEPENDIENTE

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO		ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, EMPRESA O NEGOCIO CÓDIGO CIU DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD				
NÚMERO DE NIT		CÁMARA DE COMERCIO DE REGISTRO (Si Aplica)		FECHA CONSTITUCIÓN (Si Aplica) D D M M A A A A		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO, EMPRESA O NEGOCIO			DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
TELÉFONO ESTABLECIMIENTO		CELULAR CORPORATIVO		CORREO ELECTRÓNICO CORPORATIVO		

V. DILIGENCIE SI USTED ES PENSIONADO(A)

NOMBRE DEL FONDO DE PENSIÓN		MOTIVO PENSIÓN Invalidez <input type="radio"/> Vejez <input type="radio"/>		SALARIO \$	
-----------------------------	--	---	--	---------------	--

VI. INFORMACIÓN CONYUGUE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EMPRESA DONDE LABORA		CARGO	
				CELULAR	

VII. INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA PRODUCTOS

TIPO DE CREDITO Nuevo <input type="radio"/> Novación <input type="radio"/>		RECOGE DEUDA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	OBLIGACION A RECOGER No.		MONTO SOLICITADO \$	
DESTINO			LINEA		PLAZO	
					PERIODICIDAD QUINCENAL <input type="radio"/> MENSUAL <input type="radio"/>	
GARANTIA HIPOTECARIA <input type="radio"/> PIGNORACION <input type="radio"/> PERSONAL <input type="radio"/>		PIGNORA CESANTIAS SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		ENTIDAD		
				VALOR \$		
FORMA DE PAGO CAJA <input type="radio"/> NOMINA <input type="radio"/> CTA AHO VOL FONEM PLUS <input type="radio"/> DEBITO AUTOMATICO <input type="radio"/>				AUTORIZACIÓN REALIZAR EL DESEMBOLSO Tarjeta Afinidad FONEM PLUS <input type="radio"/> CHEQUE <input type="radio"/>		

VIII. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUAL	DEUDOR	CONYUGE	EGRESOS MENSUAL	DEUDOR	CONYUGE
SALARIO BASICO	\$	\$	ARRIENDO VIVIENDA	\$	\$
SALARIO VARIABLE	\$	\$	CUOTA OTROS CREDITOS	\$	\$
INGRESOS INDEPENDIENTE	\$	\$	GASTOS FAMILIARES	\$	\$
OTROS INGRESOS	\$	\$	OTROS EGRESOS	\$	\$
TOTAL INGRESOS	\$	\$	TOTAL EGRESOS	\$	\$
DESCRIPCION OTROS INGRESOS			DESCRIPCION OTROS EGRESOS		
TOTAL ACTIVOS \$		TOTAL PASIVOS \$		PATRIMONIO \$	

IX. INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS PÚBLICOS

- MANEJA USTED RECURSOS PÚBLICOS? SI NO - EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA SI NO
 - GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO? SI NO CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?
 - EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI NO

X. AUTORIZO CANALES DE COMUNICACIÓN SEGÚN LEY 2300 DEL 10 DE JULIO 2023

Como titular de mis datos personales y sensibles, y en cumplimiento de la Ley No. 2300 del 10 de Julio del 2023, que a partir del 10 de octubre del 2023 entró en vigencia, la cual tiene como propósito "proteger el derecho a la intimidad de los consumidores, estableciendo los canales, el horario y la periodicidad en la que estos pueden ser contactados", Autorizo de manera expresa a FONEM PLUS para que envíe las comunicaciones o cualquier tipo de información que considere pertinente, de tipo comercial, de servicios o de información sobre el estado de trámites, transacciones de los productos o servicios con el fondo de empleados, utilizando para tal fin cualquier medio de comunicación que posea FONEM PLUS. Autorizo al fondo de empleados FONEM PLUS o a quien represente sus derechos a realizar la gestión de cobranzas y en general, para ser contactado a través de cualquiera de los siguientes canales:

1) CORREO ELECTRÓNICO SI NO 4) CORRESPONDENCIA FÍSICA SI NO
 2) LLAMADA TELEFÓNICA SI NO 5) SMS SI NO
 3) WHATSAPP SI NO 6) CANALES DIGITALES SI NO

De igual modo, a mi (s) codeudor (es) se le contactará en las mismas condiciones que aquí establezco, y por medio de la presente autorización manifiesto que los canales señalados me fueron informados y socializados previamente por parte del Fondo de Empleados, en consecuencia, dejo constancia de haberlos elegido y autorizado en forma voluntaria. Además, autorizo a **FONEM PLUS** de solicitar datos de contacto registrados en las centrales de riesgo. Por otro lado, permito que **FONEM PLUS** tenga la libertad de grabar o escuchar mis conversaciones relacionadas con transacciones y cobranzas en cualquier momento, ya sea por la institución o terceros en su nombre.

XI. REFERENCIAS PERSONALES (No Familiar)

NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO/CELULAR	PARENTESCO

XII. REFERENCIAS FAMILIARES (Que No Vivan con usted)

NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO/CELULAR	PARENTESCO

XIII. REFERENCIAS FINANCIERAS

BANCARIA	SUCURSAL	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	ANTIGÜEDAD
TARJETA CREDITO	SUCURSAL	CUPO	NÚMERO DE TARJETA	ANTIGÜEDAD

XIV. ACTIVOS - BIENES INMUEBLES (CASA, APARTAMENTO, LOCAL, TERRENO, VEHICULOS)

TIPO	DIRECCION	MATRICULA INMOBILIARIA	HIPOTECA A FAVOR DE	VALOR COMERCIAL	SALDO DEUDA		
TIPO-LINEA	MARCA	MODELO	No. PLACA	PRENDA SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	A FAVOR DE	VALOR COMERCIAL	SALDO DEUDA
				SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			

XV. DECLARACIONES DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, _____ identificado con documento No. _____ de _____ obrando de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de fuente de fondos al Fondo de Empleados FONEM PLUS, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la circular externa 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Financiera, el Estatuto Orgánico del sistema financiero (Decreto 863 de 1993), ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes para apertura de cuentas de ahorro y certificados de ahorro a término.

1. Los recursos que entregue en depósito provienen de las siguientes fuentes (detalle la ocupación, oficio, profesión, negocios, etc.).

2. Declaro que los recursos que entregué en depósito no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. No admitiré que terceros realicen operaciones en mis cuentas con fondos provenientes de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni realizare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en esta institución, en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento o de la violación de este.

Adicionalmente informo y con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes y a los procedimientos de la entidad sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Las actividades económicas que desarrollaré con los fondos derivados de las operaciones activas realizadas con el Fondo de empleados FONEM PLUS no son actividades ilícitas según las normas vigentes y en especial el Código Penal, así como tampoco lo son las actividades económicas realizadas que se reflejan en la información financiera y comercial presentada a la entidad en la solicitud de crédito, ni las actividades económicas que han dado origen a los bienes o activos que sirvan como garantía.

2. Declaro que mediante la operación activa de crédito ni mediante las operaciones propias se ha dado ni se dará apariencia de legalidad a actividades delictivas o ilícitas. Certifico al Fondo de empleados FONEM PLUS que no he permitido y me obligo a no permitir que terceras personas efectúen con mis operaciones activas transacciones destinada a actividades ilícitas o dar apariencia de legalidad a actividades ilícitas.

3. Declaro que la información que he suministrado al Fondo de empleados FONEM PLUS es veraz y exacta, eximo a la entidad de cualquier irresponsabilidad proveniente de información que resultare ser errónea, falsa o inexacta y la autorizo a tomar las medidas necesarias y ejercer acciones debidas si se presenta cualquier incumplimiento a las normas legales que regulan la prevención de actividades delictivas y al procedimiento interno SARLAFT, así como a realizar los reportes pertinentes de conformidad a las disposiciones legales.

Aceptación de la Reglamentación: Entiendo que la aceptación de mi asociación esta sujeta al cumplimiento de los requisitos estipulados en los estatutos vigentes y es prerrogativa de la entidad admitirme como asociado. Declaro que conozco los estatutos los cuales puedo consultar permanentemente en la pagina WWW.FONEMPLUS.COM, en donde aparece además, toda la reglamentación de la entidad y sus productos. Manifiesto que toda la información suministrada es veraz y autorizo al Fondo de empleados FONEM PLUS para que la verifique.

 Firma Asociado
 Cedula de Ciudadanía _____ de _____

 Huella

XVI. INFORMACIÓN PARA CREDITOS LINEA AHORROS Y APORTES

Si esta solicitud es aprobada me comprometo a presentar de manera oportuna todos los documentos necesarios para el trámite de la Garantía exigida, igualmente autorizo al Fondo de empleados FONEM PLUS a realizar las inspecciones necesarias a los bienes que fueron registrados como destino de este crédito.

XVII. AUTORIZACIONES: CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

1- Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS FONEM PLUS, para debitar de mis depósitos de ahorro todo compromiso que se desprenda de la vinculación con ella, así mismo la autorizo para reportar, procesar, solicitar y divulgar a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos, toda la información referente a mi comportamiento y hábitos de crédito y en general el cumplimiento de obligaciones.

Autorizo en forma expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS FONEM PLUS, para que con fines estadísticos, de información comercial y de evaluación de riesgos en la realización de negocios financieros y de operaciones activas de crédito, reporte, procese, consulte y divulgue a la Asociación Bancaria y de entidades Financieras o de cualquier entidad a fin, todo lo relativo al nacimiento, modificación y extinción de obligaciones que directa o indirectamente haya contraído o vaya a contraer en un futuro y que tuviere su origen en servicios Bancarios o Financieros realizados con el FONDO DE EMPLEADOS FONEM PLUS. Dicha autorización permanecerá vigente hasta la total extinción de las obligaciones a mi cargo por cualquier medio legal y después de ello durante el plazo máximo que para el efecto autoricen la ley o jurisprudencia.

Declaro que conozco, entiendo y acepto el contenido de los documentos incluidos en el anverso en todas y cada una de sus partes.

 Firma Asociado
 Cedula de Ciudadanía _____ de _____

 Huella

XVIII. INFORMACION COMPLEMENTARIA PARA PRODUCTOS

Declaro haber recibido del FONDO DE EMPLEADOS FONEM PLUS, un préstamo en calidad de crédito sobre los salarios que estoy devengando en la EMPRESA _____ y autorizo expresamente a la EMPRESA _____ para descontar este crédito en la forma arriba señalada de cualquier suma que me pueda corresponder por concepto de salarios, aportes, ahorro permanente y ahorro voluntario, como empleado de la empresa y asociado del FONDO DE EMPLEADOS FONEM PLUS, si por cualquier causa llegara a terminar el contrato de trabajo, autorizo expresamente a la Empresa para deducir el saldo pendiente del pago de este crédito, de cualquier suma de dinero que por conceptos de salario, prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones por terminación del contrato de trabajo, de conformidad con lo dispuesto para este efecto en el ARTICULO 59, Ordinal 1° del Código Sustantivo de Trabajo.

 FIRMA ASOCIADO

 Huella

 FIRMA REPRESENTANTE EMPRESA

 FIRMA GERENTE FONEM PLUS

XIX. FIRMA

 Firma
 Cedula de Ciudadanía _____ de _____

 Huella

XX. CHEQUEO LEGALIZACION (USO EXCLUSIVO FONEM PLUS)

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONO LA DOCUMENTACIÓN _____

HORA H M M AM PM

NOMBRE DE ANALISTA Y EVALUADOR DEL CREDITO: _____