

		SOLICITUD DE CRÉDITO				Código: F006 Versión: 8 Fecha: Febrero 28 de 2020			
INFORMACIÓN GENERAL									
Fecha	0			Empresa					
Nombre				Cédula					
Dir. Domicilio				Tel. Fijo y Celular			No. Personas a cargo		
E mail personal				Estado Civil	Soltero(a) ☐ Union Libre ☒ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a) ☐				
PRODUCTO									
Monto solicitado	\$			Plazo (meses)					
Línea de crédito	Libre Inversión		Educativo	Solidario	Vehículo		Vivienda		
Destinación	Compra de cartera ☐	Tarjeta FEGO ☐	Vacaciones ☐	Textos escolares ☐	Calamidad ☐	Carro nuevo ☐	Carro usado ☐	Vivienda nueva ☐	Remodelación ☐
	Consolidación ☐	Consumo ☐	Rotativo (Polizas) ☐	Matrícula y/o computador ☐	Salud ☐	Moto nueva ☐	Moto usada ☐	Vivienda usada ☐	Construcción ☐
Otro									
Cuenta desembolso	Tipo de cuenta	Corriente	Ahorros	Titular		Banco		No. de cuenta	
	Titular ☒ Otro ☐	Cheque	Cheque Gerencia*	Cheque Corporativo	Beneficiario:				
* El costo de este cheque será asumido por el asociado * Están exentos de 4x1000 los desembolsos en cuenta propia y a terceros con destino a créditos de vivienda, vehículo y educativo.									
INFORMACIÓN FINANCIERA									
Ingresos Mensuales					Egresos Mensuales				
Salario básico					Gastos familiares				
Comisiones o variables					Arrendamientos				
Otros ingresos (Presentar soportes)					Créditos con empresa				
					Obligaciones con entidades financieras				
Total Ingresos	\$ 0				Total Egresos	\$ 0			
ACTIVOS					PASIVOS				
Administra recursos públicos?	Si ☐	No ☒	Posee cuentas en el exterior?	Si ☐	No ☒	Realiza operaciones en moneda extranjera?	Si ☐	No ☒	Actividades que realiza en el exterior
Si tiene actividad comercial. Nombre del establecimiento									
REFERENCIAS									
Nombres		Parentesco		Ciudad		Dirección		Teléfono	
1. AUTORIZACION DESCUENTO POR NOMINA									
Yo, _____, en mi calidad de trabajador de la Empresa _____, identificado como aparece al pie de mi firma de manera libre, voluntaria e irrevocable, autorizo a la Empresa a descontar de mi salario mensual las cuotas por concepto de Créditos con Fegoccidente, que se encuentren en a mi cargo en cualquier momento, hasta completar la cancelación total de dicho concepto. El descuento que AUTORIZO podrá realizarse de incapacidades, licencia de maternidad, de paternidad y/o vacaciones, en los eventos en que me encuentre disfrutando de los mismos. Igualmente, AUTORIZO para que el saldo que en cualquier momento se encuentre a mi cargo al momento de mi desvinculación laboral, sea descontado del valor de mi salario, cesantías, intereses de cesantía, primas de servicio, vacaciones, bonificaciones, auxilio de transporte, indemnización por despido, suma conciliatoria, comisiones, auxilios o beneficios extralegales, horas extras, recargos nocturnos, dominicales o festivos, y en general cualquier concepto que deba cancelarme la Empresa al momento de mi desvinculación.									
OBSERVACIONES DEL ASOCIADO									
Firma y cédula									
ESPACIO RESERVADO PARA FEGOCCIDENTE									
Observaciones					Funcionario Fegoccidente				

	SOLICITUD DE CRÉDITO		Código: F006 Versión: 8 Fecha: Febrero 28 de 2020
2. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA E INCLUSIÓN DE DATOS FINANCIEROS EN LAS CENTRALES DE RIESGOS			
Autorizo de manera permanente, expresa e irrevocable a FEGOCCIDENTE, a su endosatario o en general a quien tenga la calidad de acreedor a : 1. Consultar ante las Centrales de información Financiera, mi, nuestro endeudamiento directo o indirecto con las entidades financieras del país, así como la información disponible sobre el cumplimiento o manejo de mi (nuestros) compromisos y obligaciones comerciales y crediticias, hábitos de pago, y en general mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. 2. Reportar a las centrales de información de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno, como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor. 3. Enviar, suministrar, solicitar y divulgar la información mencionada a las centrales de riesgos de manera directa o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla, clasificarla. La autorización anterior permite a FEGOCCIDENTE y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines de evaluar los riesgos de concederme un crédito, verificar el cumplimiento de mis deberes contractuales, constitucionales y legales y elaborar estadísticas y derivado, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas. Manifiesto (amos) que conozco (emos) y acepto (amos) que los reportes negativos que FEGOCCIDENTE realice a las centrales de información financiera o a cualquier entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines puede generar consecuencias negativas a mi(nuestro) acceso a créditos y demás servicios financieros.			
3. AUTORIZACIÓN PARA DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS			
Autorizo a Fegoccidente para que en el evento de que esta solicitud sea negada, pueda proceder a la destrucción de los documentos aportados.			
4. AUTORIZACIÓN PARA CARGAR OTROS CONCEPTOS			
Autorizo a FEGOCCIDENTE cargar a mi Estado de cuenta cualquier gasto, costo o comisión generada por las características propias del crédito solicitado. De la misma manera me (nos comprometo (emos) a firmar la libranza para que FEGOCCIDENTE reporte a _____, o ante la empresa para la que llegare a trabajar o que sea mi pagadora por cualquier concepto, para que me haga descuentos por nómina de los valores que resultare a deber por gastos costos o comisiones y los envíe a FEGOCCIDENTE para pagar la obligación.			
5. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS			
Declaro que mis recursos tienen un origen lícito y que mi actividad económica se desarrolla dentro del marco legal y normativo correspondiente. Adicionalmente declaro que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de actividades lícitas y que no me encuentro en ninguna lista de reporte internacional o bloqueado por actividades de narcotráfico o lavado de activos.			
6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
Autorizo de manera libre, previa, voluntaria, explícita, informada e inequívoca a FEGOCCIDENTE, para recolectar, registrar, procesar, difundir, compilar, intercambiar, actualizar, consultar en bases de datos y disponer de mis datos personales en desarrollo de las funciones propias del Fondo de Empleados en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de ahorro, crédito y bienestar, así como para fines administrativos, comerciales y de publicidad. FEGOCCIDENTE declara que protege los datos suministrados por sus clientes en virtud de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales y me informa que me asisten los siguientes derechos: 1. Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales. 2. Verificar la autorización otorgada. 3. Ser informado acerca del uso que se le ha dado a sus datos personales. 4. Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio las quejas que considere. 5. Revocar la autorización y solicitar la eliminación de algún dato cuando considere que no se le han respetado sus derechos. 6. Acceder en forma gratuita a los datos personales que voluntariamente, y a través de este formato, decide compartir con FEGOCCIDENTE. Autorizo también el contacto a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Tengo claro que las políticas de privacidad y tratamiento de los datos personales están disponibles en http://fegoccidente.gases.com/nosotros en la pestaña "Normatividad" y que cualquier inquietud, solicitud, petición, queja o reclamo puede ser tramitada a través del correo electrónico fegoccidente@gdo.com.co			
7. DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE CONDICIONES DEL CRÉDITO			
Certifico que FEGOCCIDENTE me ha suministrado toda la información referente a los términos y condiciones del contrato de crédito bajo las cuales se efectuara el análisis del mismo. Certifico que entiendo y acepto estas condiciones, especialmente en lo referente a: Tasas de interés (Tasa Efectiva Anual, Periodicidad, Tasa Fija o Variable). Base de capital sobre la cual se aplica la tasa de interés, tasa de interés de mora, plazo del crédito, y gastos, costos y honorarios de cobranza en caso de Incumplimiento. Certifico que entiendo y acepto que FEGOCCIDENTE no contrae con esta solicitud la obligación de otorgar el crédito que me ha sido explicado, que las condiciones pueden variar al momento del otorgamiento y que será informado oportunamente al respecto. También me informaron que en la página de intranet http://fegoccidente.gases.com/nosotros tengo a disposición, para ser consultados el reglamento de crédito y cobranza que aplica FEGOCCIDENTE para su servicio de créditos. Igualmente fui informado que mis aportes y ahorros quedan afectados a favor de las obligaciones que contraiga con FEGOCCIDENTE. Me comprometo a actualizar mi información personal, financiera y de garantías cuando FEGOCCIDENTE lo requiera.			
Declaro conocer y aceptar los deberes, derechos y obligaciones consignados en el ESTATUTO SOCIAL y demás reglamentos de Fegoccidente; así como las condiciones de crédito y autorizaciones detalladas en este documento.			
Firma del asociado		Firma de codeudor	
No. de identificación	Huella	No. de identificación	Huella

SEGURO DE VIDA GRUPO Y COLECTIVO
SOLICITUD INDIVIDUAL



seguros de vida alfa s.a.

NIT. 860.503.617-3

1. NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO
2. SI USTED FALTA A LA VERDAD AL DILIGENCIAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN LA ASEGURADORA CONSIDERARÁ NULO EL CONTRATO DE SEGURO (ARTÍCULO 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) QUE USTED ACEPTA POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO.

PÓLIZA No.	SUCURSAL	RAMO
FECHA DE ELABORACIÓN D ____ M ____ A ____	SEGURO DE	INGRESO ☐ MODIFICACIÓN ☐
TOMADOR: Fondo de Empleados de gases de Occidente SA ESP		

I. DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDOS		NOMBRES		C.C.	DE
DIRECCIÓN		TELÉFONO		CELULAR	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO DD ____ MM ____ AAAA ____		EDAD AÑOS	ESTATURA	PESO	SEXO MASCULINO ☒ FEMENINO ☐
PROFESIÓN - OCUPACIÓN ACTUAL (DETALLE) Sin emplear términos Genéricos como empleado o comerciante					
DEPORTES QUE PRACTICA					
VALOR ASEGURADO \$		Si es un seguro para respaldar deuda indique No. de crédito o contrato _____			

II. BENEFICIARIOS

APELLIDOS Y NOMBRES	PARTICIPACIÓN	PARENTESCO

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

DECLARO QUE MI ESTADO DE SALUD ES NORMAL, QUE NO PADEZCO NI HE PADECIDO ENFERMEDADES TALES COMO: CONGÉNITAS, CARDIACAS, VASCULARES, RENALES, NEUROLÓGICAS, PSIQUIÁTRICAS, PULMONARES, TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS, HIV - SIDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CUALQUIER GRADO, CÁNCER, TUMORES, CIRROSIS, DIABETES O HIPERGLICEMIA DE CUALQUIER GRADO. NO SUFRO NI HE SUFRIDO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADICCIONES, VICIOS O SÍNTOMAS QUE PUEDAN INCIDIR SOBRE MI ESTADO DE SALUD, NO HE SIDO SOMETIDO, NI ME HAN PROGRAMADO TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN RAZÓN ALAS ENFERMEDADES ENUNCIADAS ANTERIORMENTE, O DE DOLENCIAS DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON ELLAS EN FORMA CAUSAL O CONSECUENCIAL.

NOTA. SI EXISTEN ANTECEDENTES MÉDICOS EN RELACIÓN A LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, EL SOLICITANTE DEBERÁ EXPLICARLO A CONTINUACIÓN

DE ACUERDO CON LO ANTERIOR, LA COMPAÑÍA PODRÁ SOLICITAR EXAMENES MÉDICOS O INFORMACIÓN ADICIONAL, PARA EVALUAR ESPECIFICAMENTE EL RIESGO Y SU INGRESO A LA PÓLIZA, PREVIA APROBACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

DECLARAMOS QUE MI ACTIVIDAD COMO MI OCUPACIÓN Y PROFESIÓN HAN SIDO Y SON LÍCITAS, Y LAS EJERZO DENTRO DEL MARCO DE LAS NORMAS LEGALES Y NO HE SIDO CONDENADO POR LA JUSTICIA, NO EJERZO ACTIVIDADES PELIGROSAS COMO LA AVIACIÓN PRIVADA, AUTOMOVILISMO DEPORTIVO, MOTOCICLISMO, NO SOY MIEMBRO ACTIVO DE LAS FUERZAS MILITARES O DE POLICIA, NO DESEMPEÑO ACTIVIDADES DE GUARDAESPALDAS, NO COMERCIALIZO CON JOYAS.

AUTORIZO EXPRESAMENTE A LOS MÉDICOS, HOSPITALES Y CLÍNICAS O INSTITUCIONES DE SALUD O CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE ME HAYA BRINDADO ATENCIÓN MÉDICA, PARA SUMINISTRAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. COPIA DE LOS DOCUMENTOS Y TODOS LOS DATOS QUE POSEA SOBRE MI ESTADO DE SALUD, ANTES O DESPUES DE MI FALLECIMIENTO; ASÍ MISMO, AUTORIZO A SEGUROS DE VIDA ALFA S.A. PARÁ TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN, ADICIONALMENTE, PARA QUE INFORME Y CONSULTE A BASES DE DATOS DE, ASPECTOS QUE PUEDAN SER DE SU INTERÉS, EN RELACIÓN CON EL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO O QUE SE VAYA A CELEBRAR.

FIRMA Y SELLO DE LA ENTIDAD TOMADORA

FIRMA DEL SOLICITANTE O ASEGURADO

VIDALFA

VID201a