



Fecha de Solicitud

CRÉDITO N°

NIT. 860.024.035-1

Personería Jurídica No. 00008 de Enero 20 de 1969

FORMATO SOLICITUD DE CREDITO POR CONVENIO

SERVICIO A SOLICITAR

CONVENIO Y/O PROVEEDOR

VALOR TOTAL DEL CRÉDITO

NUMERO DE CUOTAS MENSUALES DESCRIPCIÓN DEL PEDIDO

Entre el asociado abajo identificado, en calidad de MANDANTE y EL FONDO EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUCO FESFA Nit 860024035-1, en calidad de MANDATARIO; celebramos el presente CON-TRATO De MANDATO, el cual se regirá por las normas legales vigentes aplicables al contrato y por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Mediante el presente documento el MANDATARIO y el MANDANTE suscriptor, instrumentan el mandato civil que implica el contrato de acuerdo cooperativo o solidario que existe entre las partes desde el momento de ser aceptada la solicitud de asociación al Fondo de Empleados.

SEGUNDA: El asociado faculta expresamente al MANDATARIO para que en nombre del primero (mandato con representación) o en el de éste (mandato sin representación) adquiera a cualquier título, los siguientes bienes o servicios para el bienestar propio o del grupo familiar del MANDANTE, y a ello se compromete gratuitamente el MADATARIO desde la aceptación de la solicitud de asociación.

TERCERA: Entre las actividades que desarrollará el MANDATARIO y en ejecución del presente acto se encuentran las de adquirir directamente y a su nombre, para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con Convenios legalmente reconocidos, bienes y servicios (Valeras de medicina prepagada o similares, Tarjetas, pases o pasaportes para ingresar a sitios que ofrezcan servicios culturales, deportivos, ambientales o de recreación, etc., tales como tarjetas prepagadas para uso de salas de cine, teatro o similares, Bonos para la adquisición de mercaderías, actividades culturales etc.), siempre que se desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades de economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular

CUARTA: El MANDATARIO, se obliga a pagar al titular del Convenio arriba indicado, el valor del desembolso del credito de consumo convenio aprobado al MANDANTE.

QUINTA: El MANDANTE, no podrá adquirir bienes o servicios sin previa autorización del MANDATARIO.

SEXTA: El MANDANTE, podrá cancelar la obligación adquirida con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo a los valores establecidos con el mandatario, y siempre atendiendo aquellas que el MANDANTE considere más favorable para sí.

DATOS DEL ASOCIADO

NOMBRE DEL ASOCIADO

CÉDULA

TIPO DE DOC.

CC TI CE PAS

EMPRESA PARA LA QUE LABORA

NÚMERO CELULAR

E-MAIL

DIRECCION RESIDENCIA

FIRMA ASOCIADO

Nota: Adjuntar ultimo desprendible de Nómina

AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO

Autorizo irrevocablemente a FESFA o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor y de manera libre, previa, expresa y voluntaria, para reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a las centrales de información del sector financiero y a cualquier otra entidad que administre o maneje bases de datos pública o privada, todo lo relativo a la información comercial de que se disponga en cualquier tiempo y al cumplimiento o no de mis obligaciones presentes, pasadas y futuras en los términos legales. También autorizo para que, además de los fines de análisis de riesgo de crédito, utilice la información sobre mí y la que recopile de cualquier fuente; para el desarrollo de estrategias comerciales o campañas publicitarias, a favor de FESFA o un tercero. Así mismo el envío de notificación de forma permanente e irrevocable y mientras existan vínculos comerciales, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, comunicación telefónica y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro FESFA identifique como sitios de localización.

TRATAMIENTO DE DATOS

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1074 de 2015 y demás normas que lo adicionen modifiquen o revoquen como Titular de mis datos personales, incluyendo datos sensibles y de menores de edad a mi cargo cuando así se requiera, doy mi consentimiento previo, libre, expreso e informado al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO -FESFA- para que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de FESFA, para que sean tratados, transferidos, cedidos y/o modificados con la finalidad de enviar información, invitación y/o promoción de productos y servicios, otorgamiento de créditos, reporte y consulta ante las centrales de riesgo y emitir los reportes que se exigen por las autoridades legalmente autorizadas de conformidad con la política de datos personales disponible en la página web www.fesfa.co.

Así mismo, comprendo mi derecho de no aceptar recibir mensajes comerciales, salvo aquellos asuntos estrictamente relacionados con el producto o servicio adquirido con FESFA y/o sus filiales, así como elegir un canal de contacto específico para el envío de comunicaciones comerciales y gestión de cobranza de las obligaciones contraídas. Por otra parte, entiendo que puedo solicitar ser contactado en algún horario distinto a los reglamentados en la Ley 2300 de 2023. Por lo anterior, puedo realizar dicha solicitud a través del correo lorenarojas@fesfa.co . Como titular de la información suministrada, me comprometo a mantener mis datos actualizados y verídicos, con una periodicidad anual, para los efectos pertinentes en las labores administrativas, informativas y demás comunicaciones que competen al objeto social del Presente y sus filiales. De igual manera procederé a actualizar los datos en los periodos que sean requeridos, de acuerdo con las necesidades y/o mejora en los canales, productos y/o servicios recibidos del Presente. Los titulares podrán ejercer sus derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir sus datos personales enviando su solicitud a la cuenta de correo lorenarojas@fesfa.co o mediante correo ordinario remitido a la dirección AV. Calle 100 # 60-04 Ofc. 619 Bogotá.

AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE NÓMINA

En mi calidad de Asociado a FESFA - Fondo de Empleados del sector Farmacéutico, autorizo a mi empleador _____ para que, de mi salario, bonificaciones, prestaciones sociales o de cualquier suma de dinero que se haya generado a mi favor se deduzca la cuota mensual del crédito desembolsado a mi favor y demás obligaciones que adquiriera a través de FESFA. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador para que las sumas descontadas mensualmente en los términos aquí establecidos sean giradas y entregadas en forma mensual al FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO dentro del término fijado para tal efecto, amortizando de esta forma el crédito que me fue concedido. Si mi empleador no descuenta y no paga a EL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO el valor de las cuotas mensuales del respectivo crédito, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar las cuotas mensuales y eventuales moras a través de consignaciones, transferencias o débito automático a la cuenta establecida para tal fin. También autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador, a descontar de mi salario, sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales, indemnizaciones, sumas conulatorias, toda adición que perciba con ocasión de mi relación con la empresa que genera el vínculo, las cuotas que se estén adeudando sin límite a favor del EL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO y hasta cubrir el monto total de mis obligaciones, si se llegare a terminar mi contrato de trabajo por cualquier causa y en caso de que estas no alcancen autorizo expresa e irrevocablemente a QUIEN REALICE EL PAGO DE ACUERDO CON LA LEGISLACION VIGENTE (EPS, ARL, FONDO DE PENSIONES, FONDO DE CESANTIAS), EMPRESA DONDE LLEGARE A LABORAR, para que de mis prestaciones, vacaciones y demás sumas causadas que me correspondan en virtud de la relación contractual, me sea realizado el descuento sin límite a favor del EL FONDO DE EMPLEADOS DEL SECTOR FARMACEUTICO con sigla FESFA y hasta cubrir el monto total de mis créditos. Certifico que la información que he suministrado en este documento y en los anexos a la solicitud de crédito es veraz y verificable. En constancia de haber leído, entendido y aceptado firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

A través de este formulario, he presentado a FESFA datos personales veraces, fidedignos y actualizados, los cuales pueden ser utilizados para que yo sea contactado. Declaro conocer y estar informado que los canales de comunicación que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por FESFA para realizar gestiones comerciales y de cobranza. En consecuencia, AUTORIZO a FESFA y a las entidades que éstas deleguen para la realización de actividades de mercadeo y cobranza, a que me contacten para estos propósitos a través de mensajes de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos, llamadas telefónicas, mensajerías de correo físico y cualquier otro que en adelante pueda surgir. Manifiesto que, en caso de que no quiera ser contactado por algunos de estos canales para propósitos de mercadeo o cartera, lo indicaré por escrito a FESFA y por lo anterior, en el ejercicio de esta elección, indico que no quiero ser contactado por los siguientes canales:

Declaro que conozco y acepto que la línea de crédito de convenio tiene intereses del 1% exceptuando la medicina preparada y telefonía celular que tiene interés del 0.5% MV

PARA USO EXCLUSIVO DE "FESFA"

Fecha de radicado

Recibido por

DD MM AAAA

Observaciones

APROBADO POR GERENCIA

FIRMA

Fecha de aprobación

DD MM AAAA