

**SOLICITUD DE CREDITO**

Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira - FASUT

Personería Jurídica 0917 del 28 de Mayo de 1985

NIT.: 891.408.243-9

Actualización
Crédito Nuevo ____
Antiguo ____

Pagaré	D	M	A	HORA
Fecha				
Aprobado				
No. aprobación				

Programa académico	Valor Matricula \$	Valor solicitado \$	Numero de Cuotas _____	Valor de las cuotas \$
1. INFORMACION PERSONAL Y/O EMPESARIAL				
Datos personales	Solicitante	Codeudor Solidario 1	Codeudor Solidario 2	
IDENTIFICACION: C.C o T.I				
NOMBRES COMPLETOS				
APELLIDOS COMPLETOS				
LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO/DEPARTAMENTO				
FECHA DE NACIMIENTO	D M A	D M A	D M A	
ESTADO CIVIL				
DIRECCION DE DOMICILIO MUNICIPIO DEPARTAMENTO				
TELÉFONO (Fijo/Cel)				
PERSONAS A CARGO				
CORREO ELECTRONICO				
PROFESIÓN				
ACTIV ECONOMICA COD CIU	Activ. No. Empleado ____ Independiente ____	Activ. No. Empleado ____ Independiente ____	Activ. No. Empleado ____ Independiente ____	
EMPRESA DONDE LABORA				
CARGO U OFICIO				
DIRECCION EMPRESA MUNICIPIO DEPARTAMENTO				
TELEFONO EMPRESA (Fijo/Cel)				
TIEMPO DE SERVICIO				
TIPO DE CONTRATACION	Indefinido __ Fijo __ Otro __	Indefinido __ Fijo __ Otro __	Indefinido __ Fijo __ Otro __	
INGRESOS MENSUALES ACTIVIDAD PRINCIPAL	\$	\$	\$	

Datos personales	Solicitante	Codeudor Solidario 1	Codeudor Solidario 2
PENSIONES	\$	\$	\$
OTROS INGRESOS (arriendo, negocios, otros)	\$	\$	\$
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS			
EGRESOS MENSUALES	\$	\$	\$
BIENES RAIZ. SI POSEE	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?	Casa _ Apto_ Finca _Local_ Bodega _ Otro ¿Cual?
VEHICULO. SI POSEE	MARCA MODELO	MARCA MODELO	MARCA MODELO
TOTAL ACTIVOS	\$	\$	\$
TOTAL PASIVOS	\$	\$	\$




2. REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE COMPLETO			
TELEFONOS (Fijo/Celular)			

3. REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO			
TELEFONOS (Fijo/Celular)			

4. ENTREVISTA SARLAFT/DECLARACIÓN EN MONEDA EXTRANJERA

¿Es usted una persona públicamente expuesta?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Administra recursos públicos?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Es declarante de Renta?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____	Sí _____ No _____
¿Posee cuentas en moneda extranjera?	Sí _____ No _____ No Cuenta _____	Sí _____ No _____ No Cuenta _____	Sí _____ No _____ No Cuenta _____
	Banco _____ Ciudad _____	Banco _____ Ciudad _____	Banco _____ Ciudad _____
	Moneda _____ País _____	Moneda _____ País _____	Moneda _____ País _____
Declaro que No realizo operaciones en moneda extranjera.	Huella  Firma:	Huella  Firma:	Huella  Firma:

Fecha de Diligenciamiento DD/MM/AAAA

5. ESPACIO PARA USO DEL FONDO DE EMPLEADOS

Observaciones:	
Fecha Realización Entrevista	DD/MM/AAAA
Nombre Y Firma Funcionario Que Realizo La Entrevista	
Nombre Y Firma Funcionario Responsable De Verificación De Información	
Fecha Verificación Información	DD/MM/AAAA

6. DECLARACION DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y/O FONDOS

El usuario del crédito obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto declara que los recursos depositados obtenidos o involucrados en las operaciones financieras solicitadas, tienen origen y destino lícito en las actividades de igual tipo que constituyen el giro normal de sus negocios, tal como se describen en la solicitud y que no se relacionan con actividades ilícitas, especialmente lavado de activos o financiación al terrorismo. Que conoce y aplica las normas de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo no permitirá que terceros realice transacciones en sus productos o entregue en su nombre o de la entidad que representa fondos, bienes y o servicios relacionados con actividades ilícitas o a favor de personas involucradas en las mismas. Autoriza a FASUT para terminar unilateralmente cualquier relación contractual, o exigir de manera anticipada el pago de cualquier obligación, en el caso de una desvinculación sospechosa de realización de actividades ilícitas o violación de las normas sobre el LA/FT del solicitante o su representante o personas vinculadas.

7. INFORMACION PREVIA

Declaro que he recibido de forma previa al desembolso información completa, legible comprensible de las condiciones y términos del contrato, especialmente a cerca de: Monto de capital, forma y periodicidad de pago, valor de cada cuota, fecha de pago tasa de interés moratorio en términos Efectivos Anuales, naturaleza fija o variable de la tasa de interés, gastos, comisiones y descuentos aplicables, derecho de acceso a su calificación de riesgo, condiciones de pago anticipado, consecuencias en caso de incumplimiento, que incluye los derechos propios y de FASUT y los siguientes aspectos propios de la gestión de cobro: a) políticas y mecanismos de cobranza, b) momento a partir del cual se inicia la gestión de cobranza c) gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlo, d) dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza. e) Personas y entidades para celebrar acuerdos de pago. f) canales adecuados para efectuar el pago. g) Realizar la actualización de datos periódicamente o cuando efectué cambio (teléfonos, domicilio y correo electrónico).

8. AUTORIZACION HABEAS DATA

Autorizamos expresamente a el Fondo de Empleados para la Asistencia Social de la Universidad Tecnológica de Pereira— FASUT para que la información suministrada en esta solicitud de crédito, documento que tiene carácter estrictamente confidencial y comercial, sea conocida, actualizada y rectificadas con terceros incluyendo los datos personales en bancos o bases de datos y, en general en archivos de entidades públicas y/o privadas. Igualmente, que la misma sea usada y puesta en circulación con fines estrictamente comerciales. Autorizamos a reportar el incumplimiento a los bancos de datos, además declaro que acepto y conozco el contenido y las de la Ley “Habeas Data” Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y eximo a FASUT de la responsabilidad a cualquier reclamación que exista por motivos de la insatisfacciones que surjan frente al reporte negativo a las centrales de información, de igual manera autorizamos a FASUT para que en caso de recordatorios e incumplimiento de nuestras obligaciones, se nos notifique que en los términos previstos en la Ley 1266 de 2008, Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 a través de los siguientes medios: físicos, Llamadas telefónicas, call center, correos electrónicos, mensajes de texto a celular, WhatsApp, y a través de la página web del Fondo www.utp.edu.co/fasut y otras redes sociales. En los temimos dispuestos en el Art 10 del Decreto 1377 de 2013 queda autorizada de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar toda su información conforme a lo previsto en el presente documento salvo que usted le manifieste lo contrario de manera directa, expresa, inequívoca y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la recepción del presente documento a la cuenta de correo electrónico dispuesta para tal efecto fasutcreditoeducativo@gmail.com.

9. LIBRANZA

Autorizo irrevocablemente a la pagaduría de _____, _____, para la cual laboramos retener y pagar a favor de FASUT en forma mensual de mi salario, la cantidad de _____ (_____) cuotas, cada una por valor de _____ (\$) hasta completar la suma de _____ (\$) (_____), la primera cuota deberá ser descontada en la fecha _____ y girada a FASUT a más tardar los 5 días siguientes al descuento y así sucesivamente cada uno de los meses siguientes hasta completar la totalidad de las cuotas. De igual manera autorizo el descuento de (_____) cuotas extraordinarias por valor de _____ (\$) (_____) cada una en los meses de _____. Así mismos autorizo el descuento de cuotas correspondientes durante el tiempo que permanezca en vacaciones, licencias e incapacidades por el valor de las cuotas que deben pagarse al FASUT, igualmente autorizo para que en el momento en que se modifiquen las condiciones del crédito los descuentos mensuales sean los que FASUT notifique a la pagaduría. En caso de mora o darse por terminado mi contrato laboral o de servicios con la entidad del deudor o codeudor solidario los préstamos que garantiza esta libranza, autorizo para que las cuotas restantes, que serán exigibles de manera inmediata y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole al cual renuncio de manera expresa, intereses o cualquier gasto que se ocasione, sea descontado de las prestaciones sociales, salarios, indemnizaciones o cualquier otra acreencia legal a que tengo derecho. **El no descuento de las cuotas por nómina en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelarlas en forma oportuna y por lo tanto, me comprometo a cancelar en las oficinas del FASUT dentro de los plazos previstos.** En caso de incumplimiento en el pago de la obligación reconozco y pagare intereses de mora a la tasa máxima legal autorizada. Autorizamos a FASUT para que en caso de incumplimiento de nuestras obligaciones y sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole, solicite a las pagadurías de la empresa o entidad pública o privada donde estamos laborando, la deducción de nuestros salarios y prestaciones sociales hasta saldar la deuda ya sea a título personal o como codeudor solidario conforme a los términos previstos en el artículo 142, 143,144 de la Ley 79 de 1988, Ley 454 de 1998, Ley 1391 de 2010 y Ley 1527 de 2012.

10. OTRAS ACLARACIONES

Si se presentan cambios en los datos consignados, me obligo a informarlos oportunamente, a FASUT y actualizar al menos una vez al año los datos plasmados en esta solicitud, suministrando en su totalidad de los soportes documentales exigidos. Manifiesto que acato las leyes, estatutos, normas y reglamentos que rigen FASUT. De igual forma acato las decisiones que en desarrollo de las actividades dicten los organismos encargados de su dirección y administración. Para constancia se firma en la ciudad de Pereira el día _____ del año _____.

FIRMA SOLICITANTE		FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 1		FIRMA CODEUDOR SOLIDARIO 2	
C.C.		C.C.		C.C.	

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	------------------

Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

Forma de pago prima

Mensual
 Trimestral
 Semestral
 Anual

Sistema de ajuste

Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)
 Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

Razón Social o Nombre del Asesor	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------

Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor | Código Asesor | % Participación (Primero Nombres, luego Apellidos)

Razón Social o Nombre del Asesor	Código Asesor	% Participación
----------------------------------	---------------	-----------------

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación: C.C.
 C.E.
 PA.
 NIT

Número de Identificación: _____

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Tipo de Institución: Pública Privada

Dirección Correspondencia: _____

Ciudad / Departamento: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono (sin indicativo): _____

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación: C.C.
 C.E.
 PA.

Número de Identificación: _____

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Sexo: F M

Fecha de Nacimiento AAAA MM DD: _____

Peso (Kg): _____ Estatura (en cms): _____ Ciudad: _____

Departamento: _____ Teléfono (Sin indicativo): _____ Celular: _____

Dirección Correspondencia: _____

Correo Electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$ _____

Modalidad de Valor Asegurado:

Saldo Insoluto
 Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

Vida
 Invalidez por Accidente o Enfermedad
 Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % \$ _____

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)

\$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS Con derecho a Acrecimiento SI NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado:

Enfermedades cardiovasculares
 Infarto del miocardio
 Arritmias
 Hipertensión arterial
 Colesterol (Tratado con medicamentos)
 Ceguera
 Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
 Derrames
 Isquemia o trombosis cerebral
 Epilepsia
 Enfisema (EPOC)
 Bronquitis Crónica
 Cáncer
 Leucemia
 Lupus
 Tumores malignos
 SIDA o VIH positivo
 Insuficiencia Renal
 Esclerosis múltiple
 Artritis reumatoidea
 Diabetes
 Pancreatitis
 Hepatitis B o C
 Cirrosis
 Retardo mental
 Trastornos psiquiátricos
 Colitis Ulcerativa
 Hipertiroidismo
 Parálisis
 Deformidades corporales
 Sordera total o parcial
 Hernia de columna
 Pérdida funcional o anatómica
 Otra Enfermedad, ¿Cuál? _____ Consume Actualmente drogas estimulantes
 Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo
 Drogadicción
 SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? SI NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

Observaciones

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(emos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico(amos) que el Asesor me(lnos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en ésta Solicitud de Seguro

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA