



¡Más que un fondo... un amigo!

SOLICITUD DE CRÉDITO

Diligenciar completamente el Formato en letra imprenta.
El enviar la solicitud de crédito no implica su aprobación. Usted como interesado deberá consultar el resultado.

Fecha de Solicitud

dd | mm | aa

Solicitud de crédito N°

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

LÍNEA DE CRÉDITO

Libre inversión Anticipo de Prima Calamidad Salud Feria de la Familia Compra de Cartera Vehículo
 Póliza de Vehículo Vivienda Mejoras de Vivienda Otro. ¿Cuál? _____

Educativo Recoge créditos anteriores Si No Refinanciación N° Créditos _____
N° Créditos _____

Valor Solicitado \$ _____ Valor en Letras _____ Plazo en meses _____

COMPROMETE PRIMAS Si No N° Primas _____ Valor \$ _____ GARANTÍA OFRECIDA Pagaré Prenda Hipoteca

DATOS PERSONALES DEL DEUDOR

Nombres y Apellidos (Completo) _____ Cédula _____ Edad _____

Dirección de Domicilio (Completa) _____ Ciudad _____ Teléfono Fijo y/o Celular _____

Dirección de Correspondencia (Completa) _____ Ciudad _____ Teléfono Fijo _____

Correo electrónico de Contacto _____ Empresa empleadora _____ Obra o sede laboral _____

Cargo _____ Fecha de ingreso dd | mm | aa _____ Salario básico \$ _____ Fondo de Cesantías _____

Tipo de contrato Indefinido Fijo A _____ meses Otro. ¿Cuál? _____ Jefe inmediato _____ Teléfono Fijo o Celular _____

Posee vivienda propia Si No Dirección (Completa): _____ Ciudad _____

Posee vehículo propio Si No Marca _____ Placa _____ Modelo _____

REFERENCIA FAMILIAR Nombres y Apellidos _____ Teléfono Fijo o Celular _____ Parentesco _____

REFERENCIA PERSONAL Nombres y Apellidos _____ Teléfono Fijo o Celular _____

DATOS DEUDOR SOLIDARIO

Nombres y Apellidos (Completo) _____ Cédula _____

Dirección de Correspondencia (Completa) _____ Ciudad _____ Teléfono Fijo y/o Celular _____

Correo electrónico de Contacto _____ Empresa empleadora _____ Obra o sede laboral _____

Profesión _____ Cargo _____ Fecha de ingreso dd | mm | aa _____ Salario básico \$ _____ Fondo de Cesantías _____

Tipo de contrato Indefinido Fijo A _____ meses Otro. ¿Cuál? _____ Jefe inmediato _____ Teléfono Fijo o Celular _____

Posee vivienda propia Si No Dirección (Completa): _____ Ciudad _____

Posee vehículo propio Si No Marca _____ Placa _____ Modelo _____

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP) ¿Usted es una persona públicamente expuesta? Si No **INFORMACIÓN FINANCIERA** Ingresos Mensuales: \$ _____ Egresos Mensuales: \$ _____ Activos: \$ _____

Otros Ingresos: \$ _____ Concepto Otros Ingresos _____ Pasivos: \$ _____

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE FONDOS: Para los propósitos y fines previstos en el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Riesgo [SARLAFT] adoptado en el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE, declaro que los recursos que procedan del crédito que me otorgue el Fondo de Empleados serán destinados a los fines específicos para los que hayan sido concedidos y en ningún caso para la realización de actividades ilícitas o contrarias a las que establecen las leyes colombianas. Los bienes entregados para respaldar mis obligaciones con el Fondo de Empleados han sido adquiridos con recursos lícitos derivados de mi trabajo, ingresos adicionales, y patrimonio familiar. En el caso que los recursos sean trasladados a terceros, declaro que no serán utilizados para financiar actividades terroristas o personas vinculadas o relacionados con grupos criminales. No admitiré que terceros efectúen depósitos a las cuentas de CONFE, cancelen o prepaguen mis obligaciones, con fondos provenientes de actividades ilícitas o aparentemente ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

AUTORIZACIONES: En caso de ser aprobada esta solicitud, pignoramos a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE, en garantía de este préstamo y de cualquier suma que adeudamos al mismo, mi salario, liquidación de prestaciones sociales, auxilio cesantías, seguro de vida, pensión de jubilación, comisiones, salario integral, vacaciones, ahorros, aportes y demás derechos económicos depositados en el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE en calidad de asociado o cualquier suma que pueda recibir o reciban mis herederos de la empresa a la cual presto mis servicios. Nos comprometemos a pagar las cuotas de los crédito a favor del FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE, por nómina o en su defecto por caja o consignación directa en la cuenta que nos indique el Fondo. Autorizamos al FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE para que exclusivamente con fines de información comercial y financiera, consulte, registre, reporte y circule datos en las centrales de riesgo y demás fuentes que disponga el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE, sobre todas las operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se nos hubieren otorgado o nos otorguen en el futuro.

FIRMA DEUDOR
Nombre _____
Cédula _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO
Nombre _____
Cédula _____

USO EXCLUSIVO DE CONFE
Consultas y validaciones:
Fecha de la consulta: dd | mm | aa
Responsable: _____
Observaciones: _____

FORMA: SCC-001 Mar/17



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS, PIGNORACIÓN, RETENCIÓN DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES

Diligenciar únicamente los datos del recuadro, firmas del deudor y deudor(es) solidario(s) y mancomunado.
Los demás datos serán diligenciados por el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE en caso de autorización del crédito.

Señores _____

La Ciudad _____

Nosotros _____ y _____
Nº _____ de _____ y Nº _____ de _____ respectivamente, manifestamos expresamente, que de forma voluntaria hemos contraído una deuda con el **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**, por la suma de _____ \$ _____, obligación consignada en el Título Valor Pagaré No. _____

Igualmente, manifestamos que para efectos de amortizar y cancelar el valor de la deuda AUTORIZAMOS a la empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que me efectúe el descuento por nómina quincenal o mensual, incluidos los intereses, fondo protección cartera y seguro vida cartera, conforme a lo establecido por **EL FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** en el plan de pagos, el cual declaro conocer y desde ahora aceptar, así como los abonos extraordinarios con imputación a primas semestrales hasta por la suma de _____ \$ _____, según el mismo plan.

Con fundamento en lo anterior AUTORIZAMOS a la Empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que deduzca de mi salario la suma de _____ \$ _____.

En virtud de la obligación que aquí se reconoce, en caso de mi retiro definitivo o despido, AUTORIZAMOS a la Empresa para la que actualmente laboro o llegase a laborar, para que deduzca de forma inmediata, sin previo requerimiento y en favor del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**, de mi sueldo, liquidación, prestaciones sociales, indemnización, auxilio de cesantías, seguro de vida, pensión de jubilación, comisiones, salario integral, vacaciones o cualquier suma que puedan recibir de la empresa mis herederos por mi deceso; el saldo de la obligación que aquí se reconoce.

De otra parte, manifiesto que de manera libre y voluntaria PIGNORAMOS en favor del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**, y como garantía del préstamo otorgado o cualquier obligación pendiente para con el mismo; mi sueldo, liquidación, prestaciones sociales, indemnización, auxilio de cesantías, seguro de vida, pensión de jubilación, comisiones, salario integral, vacaciones o cualquier suma que puedan recibir de la empresa mis herederos por mi deceso.

En consecuencia AUTORIZAMOS y solicitamos de manera expresa al FONDO DE CESANTIAS _____ que en el evento de que dentro del lapso previsto para extinguir la obligación ocurra mi desvinculación de la Empresa para la que actualmente laboro; pague al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** el saldo de la deuda por la suma de _____ \$ _____ con cargo a los saldos que existan en la cuenta donde me son consignadas mis cesantías.

Finalmente, AUTORIZAMOS al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** para diligenciar los espacios en blanco en este documento.

Para constancia se firma en la ciudad de: _____ a los _____ () del mes de _____ de _____.

Atentamente,

FIRMA DEUDOR	FIRMA DEUDOR SOLIDARIO
Nombre _____	Nombre _____
Cédula _____	Cédula _____
Dirección de Residencia _____	Dirección de Residencia _____
Ciudad _____ Teléfono _____	Ciudad _____ Teléfono _____
FIRMA DEUDOR SOLIDARIO	FIRMA Y SELLO EMPRESA
Nombre _____	
Cédula _____	
Dirección de Residencia _____	
Ciudad _____ Teléfono _____	



¡Más que un fondo... un amigo!

PAGARÉ No.

A LA ORDEN DEL FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE

Diligenciar únicamente los datos del recuadro, firmas del deudor y deudor(es) solidario(s) y mancomunado.
Los demás datos serán diligenciados por el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE en caso de autorización del crédito.

Nosotros _____ y _____ mayores de edad, identificados con cédulas de ciudadanía N° _____ de _____, N° _____ de _____ y N° _____ de _____ respectivamente, por medio del presente PAGARÉ hacemos constar que nos obligamos a pagar solidaria, incondicional e indivisiblemente al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** o quien represente sus derechos, en sus oficinas o en el lugar que éste señale, y de acuerdo, al plan de amortización que más adelante se determina, la suma de \$ (_____) moneda legal colombiana, que de ella hemos recibido a entera satisfacción a título de mutuo solidario con intereses a la tasa del _____ equivalente al _____ % EA y de acuerdo a las siguientes cláusulas: PRIMERA: Valor: La suma de _____ \$ (_____) la cual pagaremos solidariamente conforme a la cláusula segunda de este pagaré. SEGUNDA: Amortización: Nos obligamos a pagar el valor recibido de acuerdo al siguiente plan de amortización: la suma recibida en _____ cuotas mensuales, por valor de \$ _____ cada una, la primera la pagaremos el día _____ del mes _____ del año _____ y así sucesivamente y sin interrupción cada mes, hasta completar las _____ cuotas. Las cuotas las pagaremos mensual o quincenalmente según la forma de pago establecida en el plan de pagos, el cual hace parte integral de este pagaré, por descuento directo de nómina o en su defecto por caja o consignación directa en la cuenta que me indique el **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**. CUARTA: Costos: Son a cargo de los deudores los gastos y derechos fiscales que se ocasionen por el otorgamiento de este pagaré; igualmente en caso de cobro judicial o extrajudicial serán a su cargo las costas y gastos de cobranza. QUINTA: Declaramos excusado el protesto de este pagaré para los efectos legales y para el cobro judicial del mismo en caso necesario y que nos sometemos a la jurisdicción de cualquier juez o tribunal de la República. SEXTA: Que renunciamos a favor del acreedor al derecho de nombrar depositario de bienes y a pedir que los bienes embargados se dividan en lotes para subasta pública. SÉPTIMA: Vencimiento Anticipado: Autorizamos al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** o cualquier otro tenedor legítimo del presente título valor para extinguir el plazo o plazos que se estipulen para el pago del crédito al cual se refiere este documentos y exigir extrajudicial o judicialmente el pago inmediato de la totalidad del saldo insoluto o el valor de las cuotas vencidas independientemente de la fecha de su vencimiento, como también el de las obligaciones accesorias a que haya lugar, más los intereses y gastos de cobranza, incluyendo honorarios del abogado, si ocurriere uno cualquiera de los siguientes eventos: a) Si hubiere mora en el pago de una o más cuotas de capital o de intereses del préstamo otorgado. b) Por la pérdida de calidad del asociado del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**, por la desvinculación laboral de la entidad que genera el vínculo de asociación, por el retiro voluntario del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** o por muerte de uno cualquiera de los suscriptores de este pagaré. c) Por las causales previstas en el estatuto y en el Reglamento de Crédito del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** en el momento de la suscripción del pagaré y las cuales declaramos conocer expresamente el deudor y deudores solidarios y para los efectos de este título valor formarán parte integrante del mismo. d) En caso que el deudor sea demandado o nos sean embargados bienes por personas distintas al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**. OCTAVA: Los suscritos deudores se comprometen solidariamente en los mismos términos que el deudor. Los deudores solidarios en virtud a la fianza solidaria que asumen mediante este pagaré aceptan expresamente, que cuando respecto al deudor se presenten algunas causales de exigibilidad anticipada del plazo de la deuda que ella contrae, dicha causal opera automática respecto de los deudores solidarios. En consecuencia no podrán oponerse al cobro que del pagaré haga el acreedor, cuando se verifique alguna causal de exigibilidad anticipada. Que la solidaridad de los deudores solidarios subsiste para todas las obligaciones derivadas de este pagaré aún en caso de prórroga o modificación de los términos de este instrumento ya se refieran a todos los obligados o solamente a alguno de ellos. NOVENA: Autorización de descuentos: Que además de nuestra responsabilidad personal y sin perjuicio de las demás garantías que fueren pertinentes para garantizar este préstamo y sus intereses, así como cualquier suma que salga a deber al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** autorizamos irrevocablemente a la entidad donde trabajamos o llegáramos a trabajar, para que descuento de nuestro sueldo con destino a la amortización del crédito y a sus intereses las sumas mensuales o quincenales indicadas en el plan de pagos, así como los gastos de cobranza indicados en la cláusula segunda de este pagaré y en caso de presentarse alguna o algunas de las causales previstas para la extinción del plazo y exigirse la totalidad de la suma adeudada en este pagaré. Igualmente autorizamos irrevocablemente para que se descuento de nuestras prestaciones sociales legales o extralegales o de cualquier suma de dinero que nos llegare a corresponder en virtud del contrato de trabajo las mismas sean entregadas al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** o su tenedor legítimo para que sean abonadas al presente pagaré al igual que nuestros aportes y/o depósitos de ahorros como asociados. DÉCIMA: Autorizamos igualmente al Fondo de Cesantías en el cual tenemos depositada dicha prestación, para que descuento de la misma con destino al pago de la deuda e intereses si fuere necesario y al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** para que efectué directamente el descuento omitiendo autorización por carta. DÉCIMA PRIMERA: Los suscritos deudores se comprometen solidariamente en los mismos términos que el deudor y autorizan al señor pagador de la entidad donde trabajan para que descuento de su sueldo o prestaciones en la misma forma que al deudor en el caso de que éste pague o no pueda pagar la obligación contraída en este documento. DÉCIMA SEGUNDA: Que aceptamos cualquier traspaso o cesión que de este crédito hiciera la entidad acreedora entidades financieras o crediticias o terceras personas.

Para constancia se firma el presente instrumento en la ciudad de _____ a los _____ () días del mes de _____ de _____

FIRMA DEUDOR

Nombre _____
 Cédula _____
 Dirección de Residencia _____
 Ciudad _____ Teléfono _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
 Cédula _____
 Dirección de Residencia _____
 Ciudad _____ Teléfono _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
 Cédula _____
 Dirección de Residencia _____
 Ciudad _____ Teléfono _____

FORMA: SCC-003 Jun/16



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL PAGARÉ

Diligenciar únicamente los datos del recuadro, firmas del deudor y deudor(es) solidario(s) y mancomunado.
Los demás datos serán diligenciados por el FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE en caso de autorización del crédito.

Señores
FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE
La Ciudad

Apreciados Señores:

Nosotros _____ y _____
Mayores de edad, identificados con cédulas de ciudadanía N° _____ de _____, N° _____ de _____ y
N° _____ de _____ obrando en calidad de deudor y deudores solidarios, autorizamos al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**
o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito en la fecha a favor del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**, para que haciendo uso de las facultades
conferidas en el artículo 622 del Código de Comercio llene los espacios en blanco en el pagaré No. _____ para lo cual debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

- 1). El **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** o su tenedor legítimo podrá llenar los espacios en blanco del pagaré identificado anteriormente, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en la cláusula séptima del texto del pagaré objeto de esta autorización.
- 2). El **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** o su tenedor legítimo están facultados por los **DEUDORES** para llenar todo espacio en blanco que haya quedado en el pagaré y en especial el valor de las sumas debidas, incluyendo capital, interés mensual de plazo o moratorio, de acuerdo a la tasa que resultare de la aplicación de lo convenido en el pagaré.
- 3). La fecha de exigibilidad de la obligación será la que corresponda al período en el cual se presenten las circunstancias de exigibilidad de la obligación de que se trata la cláusula séptima del pagaré.
- 4). El monto del pagaré será igual al valor del capital que cualquiera de los deudores o suscriptores resulten deber al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** por cualquier concepto al momento de ser llenados los espacios en blanco de acuerdo a la liquidación que efectúe el **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE** la cual es aceptada expresamente por los **DEUDORES**.
- 5). Para llenar el pagaré del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO CONFE**, no requiere dar aviso a los firmantes del mismo.

Para constancia se firma en la ciudad de: _____ a los _____ () del mes de _____ de _____.

Atentamente,

FIRMA DEUDOR

Nombre _____
Cédula _____
Dirección de Residencia _____
Ciudad _____ Teléfono _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
Cédula _____
Dirección de Residencia _____
Ciudad _____ Teléfono _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Nombre _____
Cédula _____
Dirección de Residencia _____
Ciudad _____ Teléfono _____

SOLICITUD

Vinculación Reingreso Actualización

Fecha de Diligenciamiento

dd	mm	aa
----	----	----

Diligenciar completamente el Formato en letra imprenta.

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos (Completo)		Sexo	Estado Civil	Hijos	¿Cabeza de Familia?			
<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Tipo de Identificación	Número de Identificación	Ciudad y Fecha Expedición		Celular				
<input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. Otro: ¿Cuál? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">dd</td><td style="width: 30px; text-align: center;">mm</td><td style="width: 30px; text-align: center;">aa</td></tr></table>	dd	mm	aa	<input type="text"/>	
dd	mm	aa						
Teléfono	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Ciudad / Municipio	Departamento	Nacionalidad			
<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">dd</td><td style="width: 30px; text-align: center;">mm</td><td style="width: 30px; text-align: center;">aa</td></tr></table>	dd	mm	aa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dd	mm	aa						
Nivel Académico	Profesión	Correo Electrónico de Contacto						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Dirección Residencia (Completa)		Barrio	Ciudad / Municipio	Departamento	Estrato			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

INFORMACIÓN LABORAL

Nombre de la Compañía		Obra o Sede Laboral	Fecha de Ingreso			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">dd</td><td style="width: 30px; text-align: center;">mm</td><td style="width: 30px; text-align: center;">aa</td></tr></table>	dd	mm	aa
dd	mm	aa				
Dirección de la Sede u Obra Laboral		Ciudad / Municipio	Departamento			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Cargo	Salario Básico	Tipo de Contrato				
<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Fijo A _____ meses <input type="radio"/> Otro: ¿Cuál? _____				

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE (PEP) | ¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos? Si No | ¿Tiene o goza de reconocimiento público? Si No
 ¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales: | ¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública prominente o destacada en el estado? Si No
 | ¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente: Si No

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales	Activos
\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>
Otros Ingresos	Concepto Otros Ingresos	Pasivos
\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/>

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: | ¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si No Banco: _____
 Realiza operaciones en moneda extranjera: Si No ¿Cuáles? _____ Nro. Cuenta: _____ Ciudad: _____ País: _____ Moneda: _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINACIÓN DE LOS FONDOS Y OTROS

Bajo la gravedad de juramento y actuando en nombre propio realizo la siguiente declaración de origen y destinación de recursos al FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE, con el fin de cumplir con las disposiciones señaladas en su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo:

1. Declaro que mis activos, ingresos, bienes y demás recursos provienen de actividades legales conforme a lo descrito en mi actividad y ocupación.
2. No admitiré que terceros vinculen mi actividad con dineros, recursos o activos relacionadas con el delito de lavado de activos o destinados a la financiación del terrorismo.
3. Eximo al FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE, de toda responsabilidad que se derive del comportamiento o el que se ocasione por la información falsa o errónea suministrada en la presente declaración y en los documentos que respaldan o soporten mis afirmaciones.
4. Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE, para que verifique y realice las consultas que estime necesarias con el propósito de confirmar la información registrada en este formulario.
5. Los recursos que utilizo para realizar los pagos e inversiones en FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE tienen procedencia lícita y están soportados con el desarrollo de actividades legítimas.
6. No he sido, ni me encuentro incluido en investigaciones relacionadas con Lavado de Activos o Financiación del Terrorismo.
7. Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice, suministrando la información documental exigida por el Fondo de Empleados para dar cumplimiento a la normatividad vigente.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR NÓMINA

Solicito admitirme como asociado del Fondo de Empleados de Concreto CONFE, acogiendo el estatuto, reglamentos y decisiones de la asamblea y Junta Directiva. Así mismo autorizo a la empresa para la cual trabajo, descontar de mi salario en forma permanente el porcentaje indicado por mí y sea pagado al Fondo de Empleados de Concreto CONFE, como aporte social y ahorro permanente. Adicionalmente me comprometo a consignar al Fondo de Empleados de Concreto CONFE mi cuota periódica, en caso de que la empresa no efectúe dicho descuento.

AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo al Fondo de Empleados de Concreto CONFE, en virtud de la Ley 1266 de 2008 Decreto 1727 de 2009 Habeas Data Financiero, para que exclusivamente con fines de información comercial y financiera, consulte, registre, reporte y circule datos en las centrales de riesgo y demás fuentes que disponga el Fondo de Empleados de Concreto CONFE, sobre todas las operaciones financieras y crediticias que bajo cualquier modalidad se me hubiera otorgado o me otorguen a futuro.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y con el Decreto 1377 de 2013, autorizo, como Titular de los datos **PRIVADOS Y SENSIBLES**, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE** siendo tratados, con la finalidad de almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de los datos que han sido suministrados y que se han incorporados en distintas bases o bancos de datos, o en repositorios electrónicos de todo tipo con que cuenta el **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE**. Esta información es y será utilizada en el desarrollo de las funciones propias del **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE**, en su condición de entidad sin ánimo de lucro que presta los servicios de ahorro, crédito y otros servicios de prevención y salud, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contrato frente a los titulares de los mismos. Así mismo me comprometo a consultar el Manual de Políticas y Procedimientos, por cualquiera de los medios que el **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE** ha dispuesto para tal fin.

Le informamos que usted no se encuentra obligado a autorizar el tratamiento de datos personales sensibles conforme a lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

Si **no autoriza** el tratamiento de sus datos personales sensibles, marque una X en la siguiente casilla:

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido al **FONDO DE EMPLEADOS DE CONCRETO - CONFE** a la dirección de correo electrónico «protecciondedatospersonales@fondoconfe.com», indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a Calle 140 No. 10A-48 Oficina 508 en la Ciudad de Bogotá D.C, Colombia.

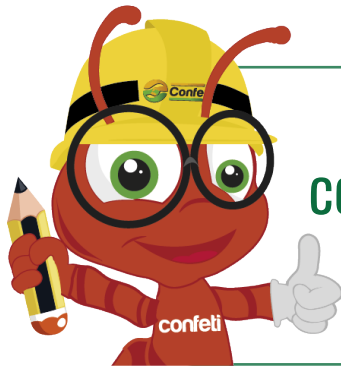
APORTE SOCIAL Y AHORRO PERMANENTE _____ %
Entre el 1% y el 10 % Mensual

FIRMA Y HUELLA

*Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

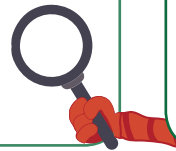
FIRMA

Huella



**¡No olvides adjuntar a este formato
copia de tu documento de identificación!**

¡Bienvenido!



**Firma y sello
Recibido**

USO EXCLUSIVO DE CONFE

INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

Lugar: _____
Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora: _____

Firma

Observaciones: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

FUNCIONARIO CONFE QUIÉN VERIFICA

Fecha de verificación: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora: _____

Nombre: _____
Cargo: _____

Firma

Observaciones: _____

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Ofc Radicación | Póliza No. | Fecha Inicio de Vigencia | Fecha Fin de Vigencia | Fecha Diligenciamiento AAAAMDD | Número Solicitud

Plan Vida Integral
 Plan Clásico Contributivo
 Plan Clásico No Contributivo
 Plan Vida Deudores
 Plan Vida Familiar
 Accidentes Personales
 Plan Vida Docentes
 Póliza Nueva
 Ingreso
 Modificación
 Renovación

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN

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

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación | Número de Identificación | Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos) | Tipo de Institución
 T.I. C.C. C.E. PA. NIT IFE | 830.036.461-9 | Fondo de Empleados de Concreto "CONFE" | Pública Nueva Privada

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO)

¿El Afiliado está en calidad de Asegurado? SI NO

Tipo de Identificación | Número de Identificación | Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos) | Sexo | Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
 T.I. C.C. C.E. PA. | | | F M |
 Peso (Kg) | Estatura (en Cms) | Ciudad | Departamento | Teléfono (Sin indicativo) | Celular
 Dirección Correspondencia | Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El amparo Básico y los amparos Adicionales en Vida Grupo aplicarán de igual manera para el Asegurado Principal y su Grupo Asegurado)

Valor Solicitado Vida Grupo \$

Amparos Vida Grupo Coberturas <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Indemnización Adicional por Muerte Accidental Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves % <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (valor anual) <input type="checkbox"/> Bono Canasta (valor anual) <input type="checkbox"/> Incapacidad Permanente Parcial (< 50% de Vida)	Amparos Adicionales Coberturas Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Renta Diaria por Hospitalización Valor Asegurado \$ EPS Renta por UCI (mensual) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Accidentes Personales Colectiva Coberturas Valor Asegurado <input type="checkbox"/> Muerte Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez Accidental <input type="checkbox"/> Invalidez por Enfermedad <input type="checkbox"/> Gastos de Curación <input type="checkbox"/> Renta Diaria Lesiones con armas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No % Crecimiento Clasificación Ocupacional <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

VALOR PRIMA \$

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Empleado	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (Cms)

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (AFILIADO) (otros Asegurados deben diligenciar Formato Específico F-02-83-125)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombre y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	%	Parentesco
Valores Asegurados			Con derecho a Acrecimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Σ 100 %

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (preguntas de la declaración de asegurabilidad - usted o alguno de su grupo asegurado)

- ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: enfermedades cardiovasculares, infarto de miocardio, arritmias, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos altos (que requiera tratamiento) derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema pulmonar, bronquitis crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, SIDA o HIV positivo, insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, enfermedad de la glándula tiroidea, diabetes, pancreatitis, colitis, hepatitis B o C, cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, parálisis, deformidades corporales, ceguera o sordera total o parcial, sufre(n) de alguna otra enfermedad(es) o consume(n) drogas estimulantes, ha(n) estado en tratamiento para alcoholismo o drogadicción, presenta en la actualidad enfermedad o pérdida funcional o anatómica de algún órgano, ha padecido accidentes que le impidan desempeñarse labores propias de su ocupación? SI NO ¿Cuál?
- ¿Alguno de los solicitantes es piloto de aeronaves o practica como profesional o aficionado, ocasional o regularmente deportes tales como toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultraliviano, planeadores y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo u otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? SI NO
- ¿Alguno de sus hermanos(as), padre o madre sufre o ha sufrido alguno de los siguientes padecimientos: Enfermedades del corazón, hipertensión, enfermedad cerebro vascular, cáncer, enfermedades renales, hiperlipidemias, diabetes o cualquier enfermedad hereditaria? SI NO

En caso que usted o alguna de las personas relacionadas en esta solicitud de seguro (hermanos(as), padre o madre) deban contestar positivamente alguna de las preguntas de los numerales 1., 2 y 3 debe diligenciar la siguiente información.

Nombre del Médico Tratante	Descripción respuesta positiva	Fecha Primera Consulta AAAA MM DD	Fecha Última Consulta AAAA MM DD	Parentesco

Observaciones

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre- Madre) - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi(nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) 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.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: En cumplimiento de la normatividad vigente, autorizo(amos) a cualquier persona natural o jurídica que hay sido consultada por mí(nosotros) para que suministre a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., copia de mi(nuestra) historia clínica o de cualquier información que ella considere necesaria aun después de fallecido, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte cualquiera de los amparos del mismo. Autorizo(amos) a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A para intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad que me (nos encuentre(encontremos) afiliado(dos) y para que con fines comerciales comparta y reciba información referente a mí(nosotros) con entidades vinculadas. Igualmente autorizo(amos) para que consulte y reporte a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, nuestra información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.

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

- A. Ninguna de las personas cuyos seguros se solicita está incapacitada o ausente del trabajo por enfermedad o accidente.
- B. La Póliza solamente podrá amparar a personas que pertenezcan al grupo que se ha definido en esta solicitud.
- C. Esta solicitud, lo mismo que los documentos individuales que SURAMERICANA requiera y acepte formarán parte del contrato.
- D. Beneficiarios: Los que designe el Asegurado o en su defecto los previstos en el artículo 1142 del Código del Comercio.
- E. El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación de esta solicitud y de los documentos requeridos, SURAMERICANA expida la póliza respectiva y el Tomador pague la prima.

Certifico(amos) que el Asesor me(nos) 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

Firma del Afiliado o Tomador

Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador