



MANUAL

Para diligenciar formatos

SOLICITUD DE CRÉDITO COOPICBF

PARA MAS INFORMACIÓN
COMUNICARSE CON

AREA DE CRÉDITO

Nubia Parrado:
3102155413

Carolina Ruiz:
3104773471



Diligenciar correctamente los
formatos nos ayuda a agilizar su
solicitud de crédito y a brindarle un
mejor servicio.

1. SOLICITUD DE CREDITO

 COOPICBF COOPERATIVA ORGANIZADA DE PRODUCTORES RURALES NIT. 865.044.334-0		SOLICITUD DE CREDITO	
Radicado No. _____		Recepción No. _____	
Ciudad y fecha solicitud: _____		Regional y/o Hogar Infantil: _____	
DATOS DEL SOLICITANTE	Nombres y Apellidos: _____		Identificación: _____
	Fecha Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____		Estado Civil: _____
	Fecha Expedición Cédula: Día: _____ Mes: _____ Año: _____		Sexo: M: _____ F: _____
	Dirección Residencia: _____		Lugar Expedición: _____
	Escolaridad: Celular: _____		Ciudad: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Correo electrónico: _____		Correo personal: _____
	Correo institucional: _____		Correo personal: _____
	Vivienda propia: Arriendo: _____ Familiar: _____		Otras: _____
	Personas a cargo: _____		Nombre del Conyugue: _____
	Celular Conyugue: _____		Correo personal conyugue: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
MODALIDAD DEL PRODUCTO SOLICITADO	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		Plazo: _____
	Asociado nuevo: Ordinario: _____		

[illegible]

- **Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- **Color VERDE:** Opcional y solo si COOPICBF le indica que debe diligenciarlo.
- **Sin subrayar:** Opcional. Solo se completa si aplica a su caso (por ejemplo: si tiene codeudor, bienes raíces o vehículos). Si no cuenta con esta información, déjelo en blanco.
- **X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo. (Es uso exclusivo de COOPICBF)

2. **PAGARÉS** (son dos formatos con firmas y huellas originales, sin tachones y/o enmendaduras. (NO FOTOCOPIAS)

COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF"
NIT. 862.044.334-0

POR ☒ PAGARE A LA ORDEN

Nosotros ☒ _____, identificados como _____, apanace al pie de nuestras firmas, nos declaramos deudores solidarios de la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" y prometemos pagar, solidaria e incondicionalmente a su orden, la suma de _____ (\$ _____) moneda corriente, dinero que hemos recibido a entera satisfacción y a título de mutua, junto con los intereses pactados, así como las costas y gastos en caso que llegare a ser reclamada la deuda por vías prejudiciales o judiciales.

Nos obligamos a pagar dicha suma de dinero a la ciudad COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" o a su orden, en la ciudad de _____, dentro del plazo de _____ años, comenzando desde el día _____, en _____ cuotas de amortización mensuales de la siguiente manera: la primera cuota el día _____ del mes _____ del año _____, cuyo valor es la cantidad de _____, la segunda por valor de _____, el día _____ del mes _____ del año _____, y así sucesivamente hasta amortizar totalmente el crédito y sus intereses, siendo pagadera la última cuota el día _____ del mes _____.

Sobre la cantidad recibida a título de mutua o sobre los saldos pendientes de pago, reconocemos y pagaremos intereses de plazo a la tasa del _____ Por ciento (_____%) mensual, pagaderos en las mismas cuotas fijadas.

En caso de mora, durante ella y mientras subsista, reconocemos y pagaremos intereses moratorios sobre los saldos de capital de cada cuota vencida y sobre el saldo final, en el evento que se haya hecho exigible la obligación, a la tasa máxima permitida por la Superfinanciera o la entidad que esa función tenga a cargo, sin perjuicio de las acciones legales que pueda ejercer la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" o quien sus derechos represente.

Aceptamos desde ahora cualquier cesión o endoso que de este pagaré hiciera la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF".

CLAUSULA ACCELERATORIA: Autorizamos expresamente a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" para declarar vencido el plazo pendiente de esta obligación y exigir el pago inmediato del saldo insoluto de capital e intereses, seguros, etc. judicial o extrajudicialmente en caso que uno o todos los firmantes: a) Incumpliese o entrase en mora en el pago de una o más cuotas, de las aquí previstas. b) Incumpliese el pago oportuno de una o más cuotas mensuales de otras obligaciones a favor de la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF"; c) Fuese demandado o le fuesen perseguidos o embargados bienes en ejercicio de cualquier acción. d) Fuese declarado en estado de liquidación forzosa, sometido a liquidación voluntaria, concordato, concurso de acreedores, reestructuración económica. e) Fuese incumplida de la correcta inversión de los recursos provenientes de este mutua. Como consecuencia se producirá de hecho el vencimiento total del saldo de la obligación y deberemos satisfacerla totalmente, reconociendo desde esa fecha intereses moratorios a favor del acreedor o tenedor de este título valor a la tasa máxima permitida por la Superfinanciera o la entidad que haga sus veces.

En caso que la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" tuviera que iniciar acciones judiciales o extrajudiciales para hacer efectivas las obligaciones derivadas del presente pagaré, serán de nuestro cargo exclusivo todos los gastos de cobranza.

Para garantizar el pago de las obligaciones de este título valor damos como garantía y en caso de incumplimiento de ellas por el deudor, de hecho autorizamos que todo lo relacionado con aportes, que poseemos en la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" y demás emolumentos que perciba directamente aquél, sean aplicados a esas obligaciones. Desde ya, los deudores solidarios aceptamos las prórrogas, reestructuraciones, novaciones, refinanciaciones o cambio de fecha de amortización.

De la misma manera los firmantes aceptamos y autorizamos al pagador de la entidad a la que estamos vinculados, se produzcan los descuentos por nómina necesarios para el cumplimiento de esta obligación y para que se sirva trasladar esos dineros a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF".

El impuesto de timbre que se cause por el otorgamiento de este título valor, será cargo exclusivo de los deudores.

Declaramos excusado el aviso de protesto de este pagaré, su presentación para el pago y la notificación del rechazo para los efectos que trata el Código de Comercio.

En constancia de la aceptación del contenido de este pagaré, se firma en la ciudad de _____ hoy, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
C.C. _____ De _____	C.C. _____ De _____	C.C. _____ De _____
Dirección: _____	Dirección: _____	Dirección: _____
Celular: _____	Celular: _____	Celular: _____
Correo personal: _____	Correo personal: _____	Correo personal: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____	Ciudad: _____
Deudor	Deudor Solidario	Deudor Solidario
		
Firma Deudor	Firma Deudor Solidario	Firma Deudor Solidario

- **Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- **Sin subrayar:** Opcional. Solo se completa si aplica a su caso (por ejemplo: si tiene codeudor(es). Si no tiene codeudor, déjelo en blanco)
- **X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo.

3. **CARTA DE INSTRUCCIONES:**(son dos formatos con firmas y huellas originales, sin tachones y/o enmendaduras. (NO FOTOCOPIAS)



CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF"
Ciudad _____

Apreciados señores:
Los suscritos _____

identificados como aparece al pie de nuestras firmas, autorizamos a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", a quien represente sus derechos, o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito a su favor, para que pudiendo usar de sus 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 Pagaré podrá ser llenado por COOPICBF en caso de mora e incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a nuestro cargo y a favor de Ustedes, adquiridas conjunta o individualmente, sin importar su naturaleza.
2. El valor del pagaré que de acuerdo con las instrucciones impartidas a través de este escrito que llene COOPICBF, será igual al monto de las sumas que conjunta o individualmente estemos adeudando por concepto de capital, intereses, comisiones, seguros, gastos judiciales o extrajudiciales, honorarios, o cualquier otro concepto a nuestro cargo, a la fecha en que sea llenado.
3. La tasa de intereses moratorios será la máxima autorizada por la entidad estatal competente vigente, que para la fecha es la Superfinanciera, para el día en que se llene el título. Desde ahora autorizamos que en el evento de haberse llenado la contra garantía y el monto de la tasa en cuestión sea reajustada, así mismo se reajuste automáticamente al máximo permitido por las disposiciones vigentes.
4. La fecha del vencimiento del Pagaré será la misma en que sea llenado el documento adjunto y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones en el contenidas a nuestro cargo, sin necesidad de que se nos requiera judicial o extrajudicialmente para su cumplimiento.
5. Autorizamos con esta orden, que COOPICBF declare de plazo vencido todas las obligaciones a nuestro cargo, aún cuando al respecto de ellas se hubiere pactado algún plazo para su exigibilidad y estuviere pendiente.
6. El lugar del pago del título será cualquiera de las cuentas bancarias a nombre de COOPICBF, en las diferentes ciudades del país.
7. Manifestamos que el documento Pagaré así llenado presta mérito ejecutivo y por lo tanto COOPICBF puede exigir su cancelación por las vías judiciales, sin perjuicio de las demás acciones que pueda tener.
8. Que las presentes instrucciones las impartimos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio y demás normas concordantes vigentes, y para todos sus efectos.

Nombre: _____ C.C.: _____ DE _____ Dirección: _____ Celular: _____ Correo elect.personal: _____ Ciudad: _____ DEUDOR Indice Derecho Firma Deudor: _____	Nombre: _____ C.C.: _____ DE _____ Dirección: _____ Celular: _____ Correo elect.personal: _____ Ciudad: _____ DEUDOR SOLIDARIO Indice Derecho Firma Deudor Solidario: _____	Nombre: _____ C.C.: _____ DE _____ Dirección: _____ Celular: _____ Correo elect.personal: _____ Ciudad: _____ DEUDOR SOLIDARIO Indice Derecho Firma Deudor Solidario: _____
---	---	---

Calle 53 No. 59-15 Barrio Esmeralda – Conmutador: 3004135 Cels. 3123069665 coopicbf@gmail.com – Bogotá D.C.

- **Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- **Sin subrayar:** Opcional. Solo se completa si aplica a su caso (por ejemplo: si tiene codeudor(es). Si no tiene codeudor, déjelo en blanco)
- **X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo.

4. AUTORIZACION DE LIBRANZA



NIT. 860.044.534-0

FECHA: _____

AUTORIZACION DE DESCUENTOS DE SALARIOS (LIBRANZA) No. _____ LEY 1527 DE 2012.

DEUDOR: _____ C.C. _____ DE _____

DEUDOR SOLIDARIO: _____ C.C. _____ DE _____

DEUDOR SOLIDARIO: _____ C.C. _____ DE _____

Mayor(es) de edad, domicilio do(s) en _____ y _____ declaro(amos) que he(amos) recibido de COOPICBF, la suma de \$ _____ y _____.

Con el propósito de garantizar a COOPICBF la oportuna cancelación del crédito que me ha otorgado, solicito(amos) y autorizo(amos) a _____ se me descuenten del salario, _____ (cuotas mensuales sucesivas o iguales por concepto de pago del capital e intereses, a partir del mes de _____ del año _____), y entregar mensualmente a COOPICBF, antes del día _____ de cada mes, la suma de \$ _____ y así sucesivamente el mismo día cada uno de los meses siguientes hasta completar la suma de \$ _____, más el valor de los intereses de mora que se causen a la tasa máxima permitida por la ley, para lo cual autorizo el descuento de su valor, desde el día que se causen hasta la fecha en que COOPICBF reciba el pago de las cuotas atrasadas, junto con el valor de los honorarios y gastos de cobranza que se causen con ocasión del cobro de la deuda.

Dichas cuotas incluyen intereses de plazo a la tasa del _____ por ciento _____ efectiva.

Autorizo(amos) a descontar por anticipado, durante el tiempo que permanezca(amos) en vacaciones o licencia, o cualquier otra ausencia, el valor de las cuotas que deban pagarse.

Autorizo(amos) en el evento de modificarse las condiciones de la tasa de interés por COOPICBF, que los descuentos mensuales sean los que COOPICBF indique a la empresa.

Autorizo(amos) expresamente al pagador de la ENTIDAD, para que, en cualquier caso, de terminación del contrato de trabajo o relación legal y reglamentaria de los firmantes, autorizo(amos) irrevocablemente para que el saldo total pendiente de la deuda se descuente de o las sumas resultantes a mi favor derivadas de mi actual vinculación laboral diferente a prestaciones sociales. En cualquier caso, el pago será entendido como un abono extraordinario a mis obligaciones con COOPICBF.

Adicionalmente me(amos) comprometemos a seguir pagando las respectivas cuotas en la oficina correspondiente mientras se hace efectiva mi liquidación final por parte de la entidad.

De encontrarse vendido el crédito o no haber sido atendido oportunamente, me permito autorizar para que se efectúen los descuentos adicionales necesarios para que la deuda se normalice y/o se regularicen los pagos que fueron originalmente acordados.

Acepto(amos) por lo tanto adelantar las gestiones y coordinar lo que haya lugar con la pagaduría de la entidad de la cual devengo(amos) mi salario o mi pensión. Además, doy(damos) pleno poder a COOPICBF, para que en nuestro nombre y representación tramite todo lo referente al reconocimiento de mis (nuestros) salarios, pensiones y reciba el pago correspondiente.

En el evento que en un determinado o no opere el descuento por nómina, independientemente de la causa que lo origine, me(amos) comprometemos y obligo voluntaria e irrevocablemente a cancelar o girar a COOPICBF, dentro de los cinco (5) días del mes, la cuota correspondiente.

En caso de no darse cumplimiento a lo anterior autorizo(amos) expresamente a COOPICBF para que de manera automática y sin necesidad de requerimiento previo, tome las medidas necesarias para la normalización de la obligación, por concepto de capital, intereses corrientes y moratorios, adoptando medidas como la modificación de las condiciones inicialmente pactadas mediante reestructuración, ya sea que ello implique el aumento, disminución de las cuotas o el aumento o disminución del plazo, la reprogramación o el traslado inmediato del crédito al deudor solidario.

Av. Calle 53 No. 59-15 Barrio la Esmeralda – Conmutador 3004135 – Cel. 3123069665 coopicbf@gmail.com – Bogotá D.C.



NIT. 860.044.534-0

Declaro(amos) que las sumas por medio del presente documento estoy autorizando sean descontadas, se encuentren libres de toda afectación o gravamen y se mantendrán en esa condición mientras se encuentre vigente el crédito otorgado por COOPICBF.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS ESPACIOS EN BLANCO

Autorizo(amos) irrevocablemente a COOPICBF a diligenciar los espacios dejados en blanco en esta libranza, el cual hemos suscrito a favor de COOPICBF, o su legítimo tenedor.

- El número de la libranza corresponde al número asignado por el suscriptor del título valor.
- El (los) nombre(s) e identificación(es) de los deudores es el(los) nombre(s) y el (los) apellidos de la(s) persona(s) que suscribimos esta libranza.
- El monto de la obligación principal al día del pago se llenará con el valor del crédito otorgado.
- La autorización se dirige a la pagaduría de la entidad de la cual devengo(amos) mi salario o mi pensión.
- La cantidad de cuotas expresará el número de cuotas pactada según el plazo aprobado por COOPICBF.
- El valor de las cuotas mensuales de acuerdo con el plazo, tasa de interés corriente y el monto aprobado. La tasa de interés remuneratorio será la máxima autorizada por la ley en el momento de llenar la libranza.
- La ciudad corresponde al domicilio de COOPICBF y la fecha al momento de suscripción de la autorización.

FIRMA DEUDOR: _____ FIRMA DEUDOR SOLIDARIO: _____ FIRMA DEUDOR SOLIDARIO: _____

NOMBRES Y APELLIDOS C.C. No. _____ NOMBRES Y APELLIDOS C.C. No. _____ NOMBRES Y APELLIDOS C.C. No. _____

PARA LA EMPRESA Y/O ENTIDAD PAGADORA

Salario mensual: _____ Tipo de Contrato: _____

De acuerdo con la autorización de nuestro funcionario y de acuerdo a la ley 1527 de 2012, efectuaremos los descuentos ordenados en la presente comunicación, los cuales no podrán exceder de \$ _____ (valor máximo del descuento) mensuales y procederemos a girar a COOPICBF los valores descontados conforme a la novedad entregada por la entidad.

ENTIDAD PAGADORA: _____

EMPLEADO AUTORIZADO POR LA EMPRESA: _____ FIRMA: _____

Av. Calle 53 No. 59-15 Barrio la Esmeralda – Conmutador 3004135 – Cel. 3123069665 coopicbf@gmail.com – Bogotá D.C.

- Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- Color VERDE:** Solo si COOPICBF le indica que debe diligenciarlo. (Para pagadores es obligatorio)
- Sin subrayar:** Opcional. Solo se completa si aplica a su caso (por ejemplo: si tiene codeudor(es). Si no tiene codeudor, déjelo en blanco).
- X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo.

5. AUTORIZACION EXPRESA DE LIBRANZA



COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR
NIT. 860.044.534-0

Señores: _____
Nit. _____

ASUNTO: AUTORIZACIÓN EXPRESA E IRREVOCABLE DE DESCUENTO POR NOMINA – LIBRANZA.

DEUDOR: _____ C.C. _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____ C.C. _____
DEUDOR SOLIDARIO: _____ C.C. _____

En calidad de Asociado(a)s de LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", identificada con el NIT.860.044.534-0; de conformidad con lo dispuesto en los numerales 1 y 5 del artículo 3 de la ley 1527 de 2012, y demás disposiciones legales vigentes, LE AUTORIZO EXPRESA E IRREVOCABLEMENTE, para que:

- 1) Retenga y pague a favor de LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", de mi salario, honorarios o de cualquier suma de dinero que deba recibir en virtud de mi vinculación laboral, por el valor mensual que envíe la cooperativa por concepto de créditos, servicios, aporte social y fondo de solidaridad que figure a mi nombre, los cuales responden a los respectivos compromisos suscritos con LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" y que han sido aceptados por la (e) suscrita (o) en el momento de la afiliación así también como pagare, solicitud de crédito y/o carta de instrucciones.
- 2) Las sumas o cuotas a descontar cada periodo serán las incluidas en los reportes del mismo periodo que envíe LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" al pagador por medio de correo electrónico, en el documento NOVEDADES DE DESCUENTOS POR NÓMINA MES.
- 3) En igual sentido autorizo, que dichos descuentos deberán hacerse de manera indefinida, mientras subsista mi condición de asociado a LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", razón por la cual los descuentos solo serán suspendidos cuando LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" informe al pagador el pago total de mis obligaciones cuando ello proceda.
- 4) En caso de que, por cualquier circunstancia, no sea posible efectuar el descuento de nómina, autorizo al pagador para descontar de mi salario, honorarios, y demás emolumentos que reciba como consecuencia de mi contrato de trabajo y/o prestación de servicios, siempre que no se afecte el límite máximo de descuento por libranza, permitido por la normatividad vigente.
- 5) De la misma manera, manifiesto expresamente que estoy enterado de que en caso de que no se realice el descuento de mi salario, honorarios, por cualquier motivo, es mi responsabilidad informar y pagar a LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF", el monto correspondiente a mis obligaciones creditadas de forma independiente.
- 6) Manifiesto que con los anteriores descuentos no se afecta mi mínimo vital y continúo recibiendo ingresos suficientes y/o adicionales, que me permiten satisfacer mis necesidades básicas y las de mi familia.
- 7) Autorizo a LA COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR "COOPICBF" a diligenciar la parte superior de este formato y enviarlo al que en su momento haga las veces de referente de nómina para efectos de descuento por libranza de mis créditos, aportes, fondos y/o servicios que reporte la cooperativa.

Nombres: _____	Nombres: _____	Nombres: _____
C.C. _____	C.C. _____	C.C. _____
Tels. _____	Tels. _____	Tels. _____
Correo Personal _____	Correo Personal _____	Correo Personal _____
FIRMA DEUDOR	FIRMA DEUDOR SOLIDARIO	FIRMA DEUDOR SOLIDARIO

Av. Calle 53 No. 59-15 Barrio la Esmeralda • Conmutador (601) 3004135 • Cel. 312306 9665 • coopicbf@gmail.com • Bogotá D.C.

- **Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- **Sin subrayar:** Opcional. Solo se completa si aplica a su caso (por ejemplo: si tiene codeudor(es). Si no tiene codeudor, déjelo en blanco.
- **X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo.

6. FORMATO DESCUENTO CONTRATISTAS (solo contratistas)



COOPICBF
COOPERATIVA MULTIACTIVA
FAMILIAR DE BIENESTAR FAMILIAR

Ciudad _____ Fecha _____

Señores
PAGADURÍAS ICBF.
Bogotá, D.C.

REFERENCIA: FORMATO DE AUTORIZACION DE DESCUENTOS PARA CONTRATISTAS ICBF.

Apreciados Señores,

Por la presente y atendiendo a lo dispuesto en la Ley 1527 de 2012 *"Por Medio De La Cual Se Establece Un Marco General Para La Libranza O Descuento Directo Y Se Dictan Otras Disposiciones"*, me permito, de manera expresa e irrevocable, autorizarlos para descontar de los pagos mensuales de los honorarios a que tengo derecho por concepto del contrato # _____ que inicia el _____ y termina el _____, de la prestación de mis servicios al ICBF, las sumas que la Cooperativa Multiactiva de Bienestar Familiar "COOPICBF" identificada con el NIT.#860.044.534-0, manifieste deberle por concepto de cuotas de aportes, fondos, préstamos y otros conceptos, de conformidad con la relación mensual o novedad que dicha Cooperativa les presente para el efecto.

Cordialmente,

Firma del Asociado COOPICBF _____

Nombre del Asociado: _____

No. Cedula de Ciudadanía: _____ expedida en _____

Cuenta Bancaria # _____ del Banco _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

- **Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- **X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo.

7. FORMATO FGA. (Solo se diligencia la segunda página, y solo se diligencia si COOPICBF le autoriza al FGA como cobertura del crédito)

FGA FONDO DE GARANTÍAS S.A.
AUTORIZACIONES, DECLARACIONES Y GASTOS DE COBRANZA

Autorizo y acepto el cobro derivado de la cobertura otorgada por FGA FONDO DE GARANTÍAS S.A. ("FGA") como mecanismo de cobertura del riesgo de crédito, el cual se efectuará según las condiciones definidas al momento del desembolso, sin que haya lugar a devolución o reintegro por prepago de la obligación crediticia.

Declaro conocer que, en caso de incumplimiento de la obligación crediticia, FGA pagará la cobertura conferida al otorgante del crédito, según el porcentaje de cobertura pactada y, en consecuencia, operará a favor de FGA la subrogación legal por activa, permitiendo recobrar el valor pagado, momento a partir del cual se generarán intereses de mora y gastos de cobranza. En consecuencia, reconozco que el pago que llegare a realizar FGA no extingue parcial, ni totalmente mi obligación.

De igual manera, autorizo de manera previa, expresa e informada a FGA o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor, para que realice cualquier operación o conjunto de operaciones de tratamiento, tales como la recolección, actualización, almacenamiento, administración, uso, circulación, supresión, cotejo, búsqueda, transmisión, transferencia y/o de cualquier manera realice algún tratamiento de mis datos personales, lo cual incluye pero no se limita a datos de identificación, información de contacto, datos demográficos y datos financieros, para lo siguiente:

- a) Realizar el tratamiento de mis datos personales suministrados para las siguientes finalidades:
 1. Gestionar y llevar a cabo labores de gestión de cobranza del crédito;
 2. Gestionar el cumplimiento de obligaciones legales o contractuales;
 3. Realizar campañas de actualización de datos;
 4. Realizar estudios de seguridad, para la prevención de fraudes, lavado de activos y financiación del terrorismo;
 5. Ofrecer y enviar información acerca de actividades comerciales, promocionales, de mercadeo, de productos y servicios tanto propios como de terceros, directamente o a través de terceros contratados para tal fin;
 6. Actualizar los datos de los titulares de la información con contenido sociodemográfico y socioeconómico, con el fin de generar datos estadísticos para ofrecer productos y servicios propios o de terceros, acorde a los resultados;
 7. Realizar encuestas de satisfacción concerniente a la gestión de recuperación de cartera y a los servicios prestados por FGA, en las cuales se podrá realizar la actualización de datos personales;
 8. Compartir, ceder, negociar y vender a terceros y diversos actores del mercado, la información y datos personales del titular, incluido su comportamiento de pago;
 9. Consultar la información del titular del dato que repose en bases de datos de entidades públicas o privadas, incluidas multas y sanciones ante las diferentes autoridades administrativas y judiciales, o bases de datos públicas que tengan como función la administración de datos de esta naturaleza;
 10. Proveer reportes de información a las autoridades competentes;
 11. Consultar los datos personales en las centrales de información para conocer el desempeño como deudor, capacidad de pago o para valorar el riesgo;
 12. Informar y reportar a las centrales de información el comportamiento de pago de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial respecto a todas las operaciones, que bajo cualquier modalidad, haya celebrado o llegue a celebrar con FGA o quien ostente la calidad de acreedor, que se encuentren a mi cargo;
 13. Suministrar a las centrales de información, datos relativos a la fianza, así como a otros afines a las relaciones comerciales, financieras y en general, socioeconómicas, entre otros.
- b) Remitir vía correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp o cualquier otro medio afín, cualquier tipo de información y/o comunicación en el marco de las anteriores finalidades, la Ley 527 de 1999 y en especial, la notificación previa al reporte negativo de que trata el artículo 12 de la Ley 1266 de 2008 y/o cualquier norma que la modifique o adicione.

c) Tratar los datos sobre mi ubicación, datos de mis ordenadores o teléfonos celulares, fotografías, direcciones de correos electrónicos, entre otros, para ser utilizados con fines de autenticación e identificación por medio de mi firma electrónica y/o digital.

d) Transmitir y transferir mis datos personales, comerciales y financieros, para que sean conocidos y tratados por terceros que, en calidad de proveedores nacionales o extranjeros o en el exterior, presten servicios tecnológicos, logísticos, operativos, de mercadeo, seguridad y apoyo; personas naturales o jurídicas accionistas de FGA o quien ostente su calidad de acreedor, o en general, pertenecientes al mismo grupo empresarial o aliado comercial.

e) Consultar mis datos personales, crediticios o comerciales ante cualquier operador o base de datos a central de riesgo, además de mis hábitos de pago y cumplimiento de mis obligaciones. Así mismo, para que informe y reporte a dichas entidades el comportamiento de pago de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial respecto a todas las operaciones, que bajo cualquier modalidad, haya celebrado o llegue a celebrar con FGA o quien ostente la calidad de acreedor, que se encuentren a mi cargo, de tal forma que aquellas entidades presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor y/o codeudor.

Declaro que he sido informado de la política de tratamiento de datos personales, la cual puede ser consultada de manera permanente en la página web de FGA: www.fga.com.co. Asimismo, declaro que conozco y entiendo que podré ejercer los derechos de acceso, actualización, rectificación, supresión de mis datos personales, también podré solicitar prueba de esta autorización y podré revocarla siempre y cuando no tenga una obligación legal y contractual de permanecer en la base de datos de FGA. Estos derechos los podré ejercer por medio de los siguientes canales:

CANALES HABILITADOS	
Correo electrónico 1:	info@fga.com.co
Correo electrónico 2:	cobranzas@fga.com.co
Página web:	www.fga.com.co
Dirección oficina Medellín	Carrera 43 A No. 19- 17, Piso 9 Ed. Block Empresarial
Dirección oficina Bogotá	Calle 90 No. 19 A 49, Oficina 805, Ed. Bambú

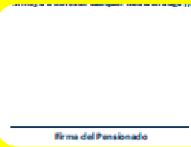
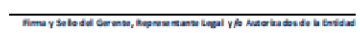
También declaro conocer y entender que podré presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012.

Declaro haber leído el contenido del presente documento y haberlo entendido a cabalidad, y como constancia de aceptación se suscribe el día mes año

Nombre:	
Identificación:	
Celular:	
Teléfono:	
Dirección:	
Correo electrónico:	
Firma deudor:	

- **Color AZUL:** Obligatorio. Debe diligenciarse sin excepción.
- **X roja:** No se debe diligenciar bajo ningún motivo.

8. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A PENSIONADOS. (Solo para pensionados de COLPENSIONES, si es de otros fondos NO DEBE DILIGENCIARLO)

Espacio libre para el logo de la EOL y/o Asociación		PLANTILLA PARA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS A MESADAS PENSIONALES	
Marque con una x el tipo de novedad a reportar (carácter obligatorio) ☐ Afiliación ☐ Préstamo ☐ Afiliación y Préstamo			
I. Información de la Entidad			
Razón Social		Nit	
Dirección Entidad		Fecha Diligencia/miento	
		DD / MM / AAAA	
Ciudad Entidad	Departamento Entidad	Teléfono 1	Teléfono 2
E-mail Corporativo		Nombre Representante Legal	
II. Información Pensionado			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento Identidad		No. de documento	No. Afiliación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de Extranjería ☐ Tarjeta de Identidad ☐ Otro ¿Cuál? _____			
Dirección del Pensionado			
Ciudad del Pensionado	Departamento del Pensionado	Teléfono 1	Teléfono 2
III. Información del Curador y/o Representante Legal			
Nombres y Apellidos		Tipo y No. Documento Identidad	Teléfono
		☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Cédula de Extranjería	
IV. Información del Descuento por Afiliación			
Valor Cuota	Valor Cuota en Letras		
\$			
V. Información del Descuento por Préstamos			
Valor Total del Préstamo	Valor Total del Préstamo en Letras	No. De Libranza	
\$			
No. Cuotas	Valor Cuota Mensual	Valor Cuota Mensual en Letras	
\$			
Autorización			
Autorizo al pagador para que descuente el valor y número de cuotas descritos en esta forma, con destino a la Entidad citada. Así mismo, los datos personales, podrán ser procesados, recolectados, almacenados, usados, transferidos, comunicados, suministrados, a través de diferentes medios tales como correo electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensaje de texto (SMS) y/o video por correo.			
EL VALOR TOTAL DE LOS DESCUENTOS EFECTUADOS NO DEBE EXCEDIR EL 50% DE LA PENSION, SEGUN EL ARTICULO 256 DEL COLEGIO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Y DEMAS NORMAS VIGENTES.			
NOTAR: si el valor y/o número de cuotas presenta enmendaduras o tachones, NO se ingresará la novedad.			
Firma del Pensionado 		Huella Índice Derecho 	
Firma Curador/Rep. Legal 		Huella Índice Derecho 	
Firma y Sello del Gerente, Representante Legal y/o Autorizados de la Entidad 			

La EOL o Asa de la EOL en su papel y/o en su dato e congresos en este documento

Rev. Agosto 2015 Gerencia Nacional de Nómina

- Solo se debe diligenciar lo marcado en **AMARILLO**. El resto debe estar en blanco.

9. FORMATO DE SEGURO DE VIDA SURA (OBLIGATORIO para créditos de \$30.000.000 en adelante)

[illegible]

- Solo se debe diligenciar lo marcado en **AMARILLO**. El resto debe estar en blanco.