



FONDO DE EMPLEADOS DE LA CLÍNICA DE MARLY – FEDEMARLY NIT: 860.025.786-9  
SOLICITUD DE CRÉDITO



FECHA DE RADICACIÓN		N° DE RADICACIÓN	
<b>DATOS DEL ASOCIADO</b>			
Número de C.C	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Fecha afiliación FEDEMARLY	Cargo	Dependencia	Ext clínica
Tipo de contrato: Obra labor _____ Fijo _____ Indefinido _____		Fecha de firma _____	
Dirección de residencia	Ciudad	Celular	teléfono
<b>DATOS DE LOS CODEUDORES</b>			
Número de C.C	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Dirección de residencia	Ciudad	Celular	teléfono
Número de C.C	Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
Dirección de residencia	Ciudad	Celular	teléfono
<b>PRESTAMO SOLICITADO (LINEA)</b>			
ORDINARIO _____	EXTRAORDINARIO _____	ESTUDIANTIL _____	PRIMA _____
CALAMIDAD DOMESTICA _____	TECNOLOGIA _____	CONVENIO-OTROS _____	EMERGENCIA _____
COMPRA DE CARTERA _____	TURISMO _____	SALUD Y MEDICAMENTOS _____	
Valor total Crédito _____	Valor a Desembolsar _____	N° cuotas mensuales _____	
Otros ingresos _____	Concepto de otros ingresos _____		
Destino _____	Observación _____		
Vacaciones SI _____ NO _____	FECHA: DE _____ HASTA _____		
Firmas: Asociado _____	1° Deudor solidario _____	2° Deudor solidario _____	
<i>Este formulario debe ser diligenciado con todos los datos solicitados y con absoluta claridad. La presente solicitud NO compromete a FEDEMARLY en el otorgamiento del crédito.</i>			
<b>USO EXCLUSIVO DE FEDEMARLY</b>			
<b>QUIEN RECIBE LA SOLICITUD DE CRÉDITO</b> _____			
<b>ACTUALIZACIÓN DE DATOS:</b> SI _____ NO _____			
<b>ESTADO DE CUENTA DEL ASOCIADO</b>			
Total, Aportes + Ahorro _____			
Valor a Desembolsar _____			
Saldo préstamo anterior _____			
Saldo Total Incluido _____			
Nuevo Préstamo _____	Porcentaje de descuentos _____		
<b>Aprobación</b>			
Valor a Desembolsar _____	N° cuotas quincenales _____	Fecha aprobación _____	
Observaciones _____			
_____			
_____			
_____			
Gerente	Junta directiva	Comité de Crédito	

# FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY – FEDEMARLY

## LIBRANZA

Solicitud N° \_\_\_\_\_ Fecha D \_\_\_ M \_\_\_ A \_\_\_\_\_

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ con C.C. \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ con  
C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

con C.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Mayor (es) de edad, actuando libre y voluntariamente, autorizo (amos) de manera expresa e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY- FEDEMARLY o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, a la Central de Información – CIFIN.

Autorizo a la EMPRESA a la cual estoy vinculado laboralmente para que descuente de mi salario según la periodicidad del pago de la nómina (quincenal o mensual) la suma de \$ \_\_\_\_\_ con destino al FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY- FEDEMARLY por concepto de amortización a capital e intereses del préstamo N° \_\_\_\_\_ por \$ \_\_\_\_\_ conforme a lo establecido en el plan de pagos el cual declaro conocer y desde ahora aceptar. En caso de mi retiro de la EMPRESA por cualquier causa, autorizo igualmente para que se deduzca en forma inmediata sin previo requerimiento, a favor de FEDEMARLY, de mi sueldo, liquidación, prestaciones sociales, indemnización, salario integral, pensión de jubilación, o cualquiera otra suma a mi favor, el saldo insoluto de la deuda adquirida.

Los abajo firmantes nos comprometemos como deudores solidarios de la presente obligación a cancelar la suma que quedare pendiente en caso de que el deudor principal no cumpla.

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado deudor

\_\_\_\_\_  
Firma y Cédula de 1° Codeudor

\_\_\_\_\_  
Firma y Cédula del 2° Codeudor

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ

Señores

**FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**

Ciudad

Yo \_\_\_\_\_ (nosotros) \_\_\_\_\_

y \_\_\_\_\_ identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (s), obrando en nuestra calidad de Deudores solidarios autorizamos en forma permanente e irrevocable a (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** o a cualquier otro tenedor legítimo del pagare que hemos suscrito en la fecha a favor de (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**, para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del Código de Comercio, llene los espacios en blanco en el pagaré, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en el numeral tercero de esta autorización.

Para llenar el pagaré, la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** no requiere dar aviso a los firmantes del mismo y se ceñirá de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. El espacio corresponde al nombre e identificación del (los) deudor (es) con el nombre y número de cedula de ciudadanía de la (las) persona (s) que suscriba (n) la solicitud del crédito, el pagaré y la presente carta de instrucciones.
2. El espacio que corresponde al valor, debe llenarse en letras y números con el valor total del saldo insoluto de todas las obligaciones que tenga el deudor al momento de incurrir en unas de las causales de aceleración que a continuación se mencionan.
3. Autorizamos a (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** o a cualquier otro tenedor legítimo del presente título valor, para extinguir el plazo de todas las obligaciones y cobrar en forma extrajudicial o judicialmente además de los interés y gastos de cobranza, incluyendo honorarios de abogado, si ocurriere uno cualquiera de los siguientes expresamente: a) Por mora en el pago de una cualquiera de las cuotas pactadas en una o varias de las obligaciones que tenga. B) Por la pérdida de la calidad de asociado de (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**, c) Por las causales previstas en el estatuto y reglamento de crédito de la entidad, al momento de la suscripción del pagaré las cuales declaran expresamente conocer y aceptan el deudor y los deudores solidarios, d) En caso que uno cualquiera de los obligados en el presente título sean demandados o se le embarguen bienes dentro de cualquier proceso por persona distinta a (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**, e) Por desmejoramiento de las garantías constituidas o persecución judicial de las mismas, f) Por no constituir o mantener vigentes las pólizas correspondientes que protegen los bienes sobre los que he (mos) constituido como garantía real, cuyo valor no esté incluido dentro de la cuota pactada. g) Por el sometimiento del deudor principal o solidario al régimen de insolvencia, h) Porque dentro del proceso de insolvencia no se haya conservado la prelación de las obligaciones contraídas con la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** y el descuento pactado por nómina.
4. El espacio reservado para la fecha de creación y vencimiento, será llenado con la fecha en el que la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** acelere el pago de las obligaciones de acuerdo con las causales de aceleración establecidas.
5. El espacio reservado para la ciudad de otorgamiento del pagaré, se llenará con la ciudad en que suscrita la presente carta de instrucciones.

Dejamos constancia que la presente autorización estará vigente mientras exista cualquier obligación nuestra a favor de la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**, y de igual forma declaramos que hemos recibido copia de la presente carta de instrucciones.

En constancia de lo anterior se firma esta carta de instrucciones en duplicado en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_

### Deudor:

Firma \_\_\_\_\_

El Deudor \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Huella:

### Deudor Solidario:

Firma \_\_\_\_\_

Deudor \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Huella:

### Deudor Solidario:

Firma \_\_\_\_\_

Deudor \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

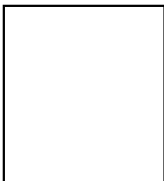
Teléfonos \_\_\_\_\_

Huella:

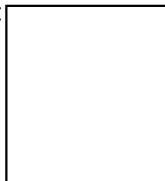
## PAGARÉ ÚNICO

Yo \_\_\_\_\_ (Nosotros) \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, obrando en mi (nuestro) nombre propio declaramos: **PRIMERO.- OBJETO:** Que por virtud del presente título valor, pagaré (mos) solidaria, indivisible e incondicionalmente a la orden de la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**, en sus oficinas de Bogotá o a quien represente sus derechos, la suma de \_\_\_\_\_ moneda legal colombiana, que de dicha entidad he (mos) recibido en calidad de mutuo comercial con intereses que pagaré (mos) el día \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. **SEGUNDO.- INTERESES:** En caso de mora pagaré (mos) durante ella intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, de acuerdo con lo establecido por la Superfinanciera. **TERCERO: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS:** De conformidad con el artículo 150 del Código Sustantivo del Trabajo y los artículos 55 y 56 del Decreto Ley 1481 de 1989, autorizo (amos) expresa e irrevocablemente al pagador de la empresa donde me (nos) encuentre (mos) vinculado (s) prestando mis servicios, o a la entidad que realice el pago de mi (nuestra) **remuneración laboral**, pensión, licencia o subsidio por incapacidad; para que descuente de cualquier cantidad que deba pagarme (nos) y a favor de la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** o quien represente sus derechos, la suma representada en el presente título valor, hasta que se cubra el valor total de los créditos adquiridos a satisfacción. De igual forma, en caso de que exista retiro de la empresa que determina el vínculo de asociación o cualquier otra empresa en la que llegare a prestar mis servicios antes de la cancelación total de la obligación, autorizo (amos) al pagador de la respectiva empresa **empleadora**, al Fondo de Cesantías al que este (mos) vinculado (s) o la entidad correspondiente, para que descuente y retenga sin límite de cuantía sobre cualquier suma que deba pagárseme (nos) por concepto de salarios, honorarios, vacaciones, prestaciones sociales, bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, bonos y cualquier otro pago que perciba por otro concepto en virtud a la relación contractual y no estipulado literalmente, la cantidad que sea necesario para cubrir el saldo insoluto de la (s) obligación (es) contraídas con la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**. En caso de respaldar crédito de vivienda bajo la línea específica las sumas de los descuentos aquí autorizados se deben entender como abono o prepago parcial disminuyendo el valor del plazo. Para estos efectos declaramos suficiente la certificación de la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** sobre el saldo debido a su favor. Las autorizaciones aquí plasmadas estarán vigentes mientras exista cualquier obligación nuestra a favor de (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**. **CUARTO: AUTORIZACION ESPECIAL:** En caso de pérdida de la calidad de asociado y ante un acuerdo de pago, sobre el saldo insoluto de la obligación me comprometo a pagar y autorizo (amos) sea cobrada hasta la tasa máxima legal permitida en intereses corrientes y moratorios a consideración de la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY**, sin que sea necesario suscribir nueva garantía. De igual forma, en caso de presentarse reestructuración o novación, las garantías personales y reales otorgadas por mi (nosotros) quedaran vigentes. **QUINTO: CESIÓN O ENDOSO:** Acepto (amos) cualquier cesión o endoso que de este título valor realice la (el) **FONDO DE EMPLEADOS DE CLÍNICA DE MARLY** y reconocemos al tenedor en cualquier proceso judicial. **SEXTO.- IMPUESTOS DE TIMBRE:** El impuestos de timbre de este documento correrá a cargo del (los) deudor (es).  
En constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_

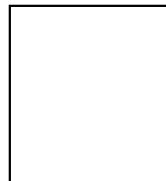
### Deudor:

Firma \_\_\_\_\_  
El Deudor \_\_\_\_\_  
Identificación \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_  
Huella: 

### Deudor Solidario:

Firma \_\_\_\_\_  
Deudor \_\_\_\_\_  
Identificación \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_  
Huella: 

### Deudor Solidario:

Firma \_\_\_\_\_  
Deudor \_\_\_\_\_  
Identificación \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_  
Huella: 



FOR-AFI-VTA-05

VERSIÓN 5

AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO

16/08/2023

**DATOS DEUDOR**

Número(s) de la(s) solicitud(es) de créditos afianzado(s):

Apellidos y Nombre:

Lugar de Nacimiento:

Fecha Nacimiento:

DD/MM/AAAA

Sexo: F

M

C.C. No.:

Dirección Residencia:

Teléfono Residencia:

Correo(s) electrónico(s) personal(es):

Ciudad:

Barrio:

Empresa:

No. de celulares:

Fecha expedición identificación: DD/MM/AAAA

**INFORMACION BANCARIA**

Banco:

Cuenta:

Corriente

Ahorros

Número de cuenta:

Ciudad:

Banco:

Cuenta:

Corriente

Ahorros

Número de cuenta:

Ciudad:

**REFERENCIAS****PERSONAL**

Apellidos y Nombre:

Teléfono residencia:

Dirección residencia:

Celular:

E-mail:

**PERSONAL**

Apellidos y Nombre:

Teléfono residencia:

Dirección residencia:

Celular:

E-mail:

**FAMILIAR**

Apellidos y Nombre:

Teléfono residencia:

Dirección residencia:

Celular:

E-mail:

**FAMILIAR**

Apellidos y Nombre:

Teléfono residencia:

Dirección residencia:

Celular:

E-mail:

**AUTORIZACION DE REPORTE A CENTRALES DE RIESGO**

Como deudor de la obligación afianzada por AFIANCOL COLOMBIA S.A.S., autorizo de manera expresa e irrevocable a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo legalmente autorizadas. Lo anterior implica que mi comportamiento frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a éstas, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.

**ACEPTACION DE LA FIANZA, AUTORIZACION DE DESCUENTOS Y DE ENTREGA DE INFORMACIÓN**

Declaro que conozco y acepto que el crédito otorgado será afianzado por AFIANCOL COLOMBIA S.A.S., y autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador para:

1. Que el costo de esta fianza sea incluido en el valor de la cuota mensual de amortización del préstamo y sea descontado directamente de mi salario mensual y conforme a la política establecida por el beneficiario de la fianza (acreedor);
2. Que en el evento en que, al momento de retirarme de la entidad empleadora, quede algún saldo adeudado a favor del beneficiario de la fianza (acreedor), mi empresa empleadora descuente dicho valor de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y/o de cualquier pago que mi empleador deba hacerme y lo entregue al beneficiario de la fianza (acreedor); 1. Que entregue con destino al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL COLOMBIA S.A., copia simple de mi liquidación de prestaciones, así como también de mi documento de identidad en el momento de mi retiro;
- 3.. Que en caso de incapacidad o embargo, envíe copia simple al beneficiario de la fianza y/o a AFIANCOL COLOMBIA S.A. del documento que acredite dicha eventualidad expedido por la autoridad competente
4. Que, al momento de retiro, informe a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. todas las obligaciones que hayan sido garantizadas por mí mediante libranza, indicando fecha de constitución, monto de la obligación y acreedor de cada una de ellas.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS**

Autorizo a la entidad que me otorga el crédito (beneficiario de la fianza) para que, con el fin de garantizar mis obligaciones contraídas con ella y de cumplir mis obligaciones como afianzado, comparta mi información personal con AFIANCOL COLOMBIA S.A. Adicionalmente autorizo a AFIANCOL COLOMBIA S.A. para recolectar, almacenar y usar mi información con el fin de dar cumplimiento a mis obligaciones contractuales adquiridas con ella y las demás finalidades establecidas en su Política de Protección de Datos.

Estimado cliente, le informamos que nuestra política de protección de datos, la cual incluye las finalidades del tratamiento de su información, así como el procedimiento para el ejercicio de los derechos de acceso, corrección, actualización o supresión de datos, puede ser consultada en [www.afiancolcolombia.com](http://www.afiancolcolombia.com).

Firma y huella asociado (a) y fecha de diligenciamiento:

Organización solidaria. Firma y sello autorizado:

Fecha: DD/MM/AAAA