



# FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL – FONCEL NIT 830.013.396 - 9

# V-2019

PAGARE A LA ORDEN NÚMERO: \_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA DE CREACION: \_\_\_\_\_ VALOR DEL PAGARE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_ BENEFICIARIO: **FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL"**  
 CIUDAD Y SITIO DE PAGO: BOGOTÁ, D.C.

Yo, (Nosotros) \_\_\_\_\_, mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de \_\_\_\_\_, departamento de \_\_\_\_\_, identificado(s) en su orden con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, y número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, por medio del presente documento me(nos) permito(imos) manifestar que pagaré(mos) incondicionalmente, en forma solidaria y mancomunada a la orden del **FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL"**, entidad sin ánimo de lucro con NIT 830.013.396-9, o a quien represente sus derechos, en el sitio indicado en el encabezamiento del presente título valor la suma de \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_) moneda legal, más los intereses de mora causados a la tasa máxima legal vigente determinada según certificación que sobre el interés bancario corriente expida la Superintendencia Financiera de Colombia el día \_\_\_\_\_ ( ) del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_ ( ).

El FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" podrá dar por vencido el plazo otorgado para el pago de la presente obligación y exigir el pago inmediato de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, por vía judicial o extrajudicial, incluyendo el capital insoluto junto con los intereses remuneratorios vencidos y los intereses de mora que se causen desde el momento en que se haga uso de la cláusula aceleratoria por alguna o algunas de las siguientes causales: 1) Cuando el deudor o alguno de los deudores solidarios incumplan o incurran en mora en el pago de las obligaciones a cargo de cualquiera de ellos, que tengan para con el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" a cualquier título o por cualquier concepto, las cuales serán así mismo exigibles en su totalidad así sus plazos no se hayan vencido. 2) Cuando cualquiera de los deudores o deudores solidarios se declaren en estado de quiebra, o se vean sometidos a procesos concordatarios, concursales o de liquidación. 3) Por ser cualquiera de los deudores demandado civil, laboral o penalmente, por ser vinculado como tercero en cualquier tipo de proceso o por ser perseguidos sus bienes mediante medidas cautelares o embargos de cualquier naturaleza. 4) En caso de que los bienes dados en garantía sean enajenados o gravados en todo o en parte, sin previo permiso escrito del FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL", o por la mengua de su valor de tal manera que dejen de ser garantía suficiente. 5) En caso de que el deudor o deudores obligado(s) sea(n) desvinculado(s) como empleado(s) de LA EMPRESA CONTRATANTE como entidad patronal o de las empresas vinculantes; ó pierda la condición de afiliado al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL", en este evento autorizo(amos) al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" para descontar el valor de las obligaciones a mí(nuestro) cargo de mis(nuestros) aportes sociales, ahorros permanentes, otras modalidades de ahorro, participaciones y todo otro derecho que tenga(mos) en el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL". De no ser suficientes, autorizo(amos) a LA EMPRESA EMPLEADORA como entidad patronal ó a las empresas vinculantes, ó a toda aquella empresa con la cual tengamos algún contrato laboral o prestacional, para que descuente de mis(nuestros) salarios y de mi(nuestra) liquidación de prestaciones sociales los dineros necesarios para efectuar el pago total de las obligaciones que tengo(amos) con el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" y para que transfiera los dineros correspondientes a favor de FONCEL, previa presentación por parte de éste del respectivo saldo insoluto. 6) En caso de retiro del FONDO como asociado, el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" queda autorizado para incrementar la tasa de interés a la máxima vigente para ex asociados en el reglamento de crédito, siempre que esta no supere la tasa máxima permitida por la Ley.

En caso de requerirse informar a futuras pagadurías y/o a quienes corresponda el estado de mis(nuestras) obligaciones dinerarias adquiridas con El FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL – FONCEL, en calidad de deudor(es) o deudor(es) solidarios, AUTORIZAMOS se realice el debido proceso, con el objeto de establecer acuerdos de pago y autorizaciones que permitan la cancelación de lo adeudado a través de descuentos por nómina en dichas pagadurías.

Los impuestos de cualquier tipo, incluido el impuesto de timbre correrán a cargo de los deudores, al igual que los gastos de cobranza y honorarios de cobro judicial o extrajudicial que puedan llegar a generarse. Me(Nos) obligo(amos) a pagar las primas de los seguros que el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" exija. Expresamente excusamos la presentación para el pago y el protesto del presente título valor. Desde ahora aceptamos cualquier cesión o endoso que del Pagaré haga el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL".

## CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL PAGARE CON ESPACIOS EN BLANCO No. \_\_\_\_\_

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_, identificado en el mismo orden con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, actuando en mi propio nombre, por medio del presente documento autorizo(amos) al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" (en adelante denominado FONCEL), o a quien haga sus veces o a quien obre como tenedor legítimo del aludido pagaré, para que sin necesidad de previo aviso y haciendo uso de las facultades contenidas en el artículo 622 del Código de Comercio, diligencie todos los espacios dejados en blanco en el mismo, para lo cual se sujetará a las siguientes instrucciones: 1) En el espacio destinado a los nombres del deudor o deudores solidarios se indicará(n) el (los) nombres de quien(es) suscribe(n) el pagaré. 2) En el espacio destinado al vencimiento se indicará la fecha en la cual se diligencie el correspondiente pagaré. 3) En el espacio destinado a Oficina y Ciudad, se indicará la Oficina del FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" donde se diligenció el título valor y la ciudad donde se ubica la misma. 4) En el espacio pertinente se consignará en letras y en números el monto total de las obligaciones a cargo del deudor y a favor de FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL", con indicación precisa del capital total adeudado, el monto insoluto de los intereses corrientes causados hasta la fecha de diligenciamiento del pagaré, los intereses moratorios, gastos de cobranza, honorarios de abogado concernientes al cobro judicial y/o extrajudicial 5) Autorizo(amos) a FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" o a cualquier tenedor legítimo a incluir como tasa de interés moratoria, la máxima legal vigente al momento de diligenciamiento del pagaré. 6) FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" o cualquier tenedor legítimo del pagaré queda autorizado para diligenciarlo en caso de incumplimiento de cualquier obligación que tenga con FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" o con el tenedor legítimo del título valor. Igualmente podrá diligenciarlo en caso de que cualquiera de los suscriptores del pagaré fuere perseguido judicial o extrajudicialmente, o en caso de que incurriera en cualquier proceso concursal como concurso de acreedores, concordato, quiebra, liquidación, etc. 7) Las presentes instrucciones tienen vigencia indefinida y se extienden a toda clase de obligaciones contraídas por cualquiera de los suscriptores en forma directa o indirecta con FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" o cualquier causahabiente legítimo. Para constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (20 ).

FIRMA DEUDOR _____ NOMBRE _____ C.C. _____ DE _____		DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ CIUDAD DE RESIDENCIA: _____ EMAIL PERSONAL: _____ EMPRESA: _____
---	--	---

### DEUDOR SOLIDARIO (DE ACUERDO A LA MODALIDAD SOLICITADA)

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO _____ NOMBRE _____ C.C. _____ DE _____		DIRECCION: _____ TELEFONO: _____ CIUDAD: _____ EMPRESA: _____
---	--	--



LIBRANZA Y/O AUTORIZACION EXPRESA DE DESCUENTO DIRECTO DADA AL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA.

CIUDAD Y FECHA: VALOR: PLAZO: TASA DE INTERES: VALOR TOTAL:

Yo, mayor de edad y con domicilio en esta ciudad, obrando en mi propio nombre, por medio del presente documento manifiesto:

1. Que he recibido de FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, Entidad operadora de Libranza siendo Beneficiario de un préstamo, por valor de (\$), que me comprometo a cancelar en cuotas mensuales.

Por medio de la presente LIBRANZA autorizo EXPRESA, ESCRITA E IRREVOCABLEMENTE a la pagaduría, entidad pagadora Y/O mi futuro empleador para que a partir del mes del año deduzca mensualmente de mi salario, honorarios y/o pensión como empleado, prestador de servicios y/o pensionado cuotas por valor de \$, para el pago del crédito o préstamos de que soy deudor, ante el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, aún en el evento de encontrarme disfrutando de vacaciones o licencias. Si mi empleador o quien haga sus veces, no descuenta el valor de las cuotas mensuales del crédito o préstamo arriba mencionado, o quedará un remanente de dicha cuota pendiente de pago, no quedo exonerado de pagar la cuota mensual, eventuales intereses de mora y gastos de cobranza; que en ningún caso superaran la tasa máxima permitida por ley.

Los descuentos mensuales se realizarán hasta que cancele la totalidad de la deuda, siempre que no se exceda el 50% neto del salario y se girarán y pagarán, a favor del Operador de libranza y/o a quien este transfiera sus derechos por cesión.

De otro lado, manifiesto de forma expresa que si dejare de pertenecer a como empleado(a), autorizo a mi empleador, para que retenga para el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, de mi salario, de la liquidación total o parcial de prestaciones sociales legales y extralegales, incluyendo, viáticos, comisiones, subsidios, bonificaciones, horas extras y recargos que me correspondan o cualquier otra suma que se genere aún con posterioridad a la liquidación total, hasta el monto legal permitido, a que tenga derecho al momento de mi retiro, retenga, descuenta y gire a " hasta la cantidad necesaria para la cancelación del préstamo y sus intereses. En caso de desvinculación laboral autorizo a, administrador de cesantías, para que directamente de mis cesantías y utilidades, pague al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, la suma que " certifique que se encuentre pendiente de pago al momento de mi desvinculación.

En el evento de que por cualquier motivo, no se pudiere realizar el descuento por parte del empleador, ya sea por embargo y/o desvinculación laboral de la empresa, el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL y/o quien haga sus veces, tendrá la facultad de exigir o no el pago de la totalidad de la deuda, es decir de acelerar el crédito y cobrar la totalidad de la obligación, con base en cualquier título que tuviere en su poder, para lo cual autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, para diligenciar el pagaré en blanco, que se firma, junto con la presente libranza.

Adicionalmente, manifiesto la autorización al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL Y/O quien haga sus veces para que haga cumplir la libranza ante el pagador de cualquier empleador o entidad pagadora actual o futura donde preste mis servicios, como Asalariado, prestador de servicios, pagador de pensión y/o pagador de Seguro de vida por mi tomado; con el fin de dar continuidad de la autorización de descuento, para lo cual me comprometo a informar el cambio de empleador y/o pagador.

En el caso de cambio en mi situación laboral AUTORIZO EXPRESA, ESCRITA E IRREVOCABLEMENTE, a mi nuevo Empleador o Entidad pagadora a descontar una cuota por valor de \$ que incluye el cambio el cambio en la tasa del interés al % y los gastos de cobranza generados hasta la fecha del primer descuento para normalizar el crédito. Para lo cual autorizo al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, o quien haga sus veces, para diligenciar los espacios en blanco de la presente Libranza.

Así mismo FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL" queda autorizado para cargar en cualquier cuenta o para debitar de cualquier suma que tenga a mi favor en esta entidad, el valor de mi obligación y para declarar vencido su plazo y exigir anticipadamente el pago inmediato del mismo, más los intereses, costas y demás accesorios, en cualquiera de los siguientes casos: a) Mora en el pago de cualquier cuota de capital o intereses. b) Si los bienes de uno cualquiera de los otorgantes son embargados o perseguidos por cualquier persona en el ejercicio de cualquier acción. c) El giro de cheques sin provisión de fondos. d) Muerte de uno cualquiera de los obligados. e) El hecho de que cualquiera de los obligados solicite o le sea iniciado proceso de concordato preventivo, concurso de acreedores, liquidación administrativa o judicial, etc. f) Si cualquiera de los obligados consignó información inexacta en los formularios, declaraciones, informes presentados a FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL". g) Si los bienes dados en garantía se demeritan, son gravados, enajenados en todo o en parte, o dejan de ser garantía suficiente. h) Mala o difícil situación económica de uno cualquiera de los otorgantes. En caso de prórroga, renovación, refinanciación, calificada por el tenedor legítimo de esta libranza y del pagaré suscrito en garantía de la misma deuda. i) En los demás casos de la ley.

AUTORIZACION DE CONSULTA DE DATOS LABORALES Autorizo de manera voluntaria, expresa, e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL, para que en las bases de datos que administre y las que necesite consultar incluso las bases que administra el ministerio de trabajo, consulte toda la información de carácter laboral y/o personal, incluso mi actual o futuro pagador y/o empleador. Con el fin de cumplir el artículo octavo de la ley 1527 del 2012.

Para constancia se firma en a los ( ) días del mes de de (20 ).

Form with fields for FIRMA DEUDOR, NOMBRE, C.C., DIRECCIÓN, TELEFONO, CIUDAD DE RESIDENCIA, EMAIL PERSONAL, EMPRESA.

Declaro que la anterior información es verídica y corresponde a la realidad, de igual forma acepto ser notificado al Correo Electrónico brindado a la firma de este documento. La Entidad operadora periódicamente emite un extracto de su crédito, con una descripción detallada del mismo; en caso de dudas o reclamos comunicarse al teléfono 742 97 97 Extensión 62752-62755 o al correo Electrónico creditoycartera@foncel.co



# FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL – FONCEL NIT 830.013.396 - 9

## AUTORIZACIONES EXPRESAS DEL DEUDOR

V-2019

### 1. AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE DATOS LABORALES

Autorizo de manera voluntaria, expresa, e irrevocable a quien ocupe en el futuro su lugar, para que obtenga de cualquier fuente la información referente en las bases de carácter laboral y/o personal, incluso mi actual o futuro pagador y/o empleador. Con el fin de cumplir el artículo octavo de la ley 1527 del 2012.

### 2. AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. No. \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_; Autorizo, permito y acepto, a través de mi firma, y a la fecha, el envío de información, notificaciones y/o comunicación oficial a la siguiente dirección de correo electrónico personal \_\_\_\_\_ de la cual declaro que soy el usuario, siendo responsable por mantener y conservar la disponibilidad para recepción de mensajes de correo electrónico, así mismo declaro que cualquier tipo de comunicación realizada a través de medios electrónicos conserva la misma confiabilidad, trazabilidad y validez jurídica probatoria que los envíos realizados por medios físicos.

Para envió de notificación física mi dirección \_\_\_\_\_  
Barrio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

### 3. AUTORIZACIÓN REPORTE CENTRALES DE RIESGOS.

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL "FONCEL", o a quién sea en el futuro acreedor del crédito solicitado, conforme a las disposiciones de la Ley 1266 de 2008 y Ley 1581 de 2012 para:

- Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.
- Reportar a las centrales de información de riesgo, datos tratados o sin tratar sobre el cumplimiento oportuno, como sobre el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, o de mis deberes legales de contenido patrimonial, de tal forma que éstas presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa.
- Enviar la información mencionada a las centrales de riesgo de manera directa y, también, por intermedio de la Superintendencia Bancaria o las demás entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, con el fin de que éstas puedan tratarla, analizarla, clasificarla y luego suministrarla a las citadas centrales.
- Suministrar a las centrales de información de riesgo, datos relativos a mis solicitudes de crédito así como otros pertinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
- Conservar, tanto en FONCEL como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos, la información indicada en los literales b) y d) de ésta cláusula.
- Reportar a las centrales de riesgo mi comportamiento relativo al pago de las acreencias y compromisos estatutarios con FONCEL, y demás deberes constitucionales y legales.
- Reportar a las autoridades tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.
- Autorizo el uso responsable de mi información a su cargo, sin vulneración alguna a mi buen nombre para fines de tipo comercial y de mercadeo.

La autorización anterior no permite a FONCEL y a las centrales de información de riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes a: Primero: a evaluar los riesgos de concederme un crédito; Segundo: a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales y, Tercero: a elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

Declaro haber leído cuidadosamente el contenido de esta cláusula y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances y sus implicaciones.

### 4. AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. (LEY 1581 DE 2012)

Autorizo al fondo para que utilice los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes para las siguientes finalidades:

- Desarrollar las actividades propias cobro, entre ellas solicitar información con mi Empleador con el objetivo que el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL pueda contar con los datos para la relación.
- Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo.
- Medir el nivel de satisfacción respecto de los productos y/o servicios ofrecidos por el fondo.
- Realizar análisis de gustos y preferencias, buscando desarrollar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades.
- Ofrecer productos y servicios de diferente índole.
- Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones y publicidad, todo ello a través del uso de e-mail, correo postal, teléfono celular, mensajes de texto (sms), mensaje de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO

(Espacio para señalar si hay alguna finalidad con la que no está de acuerdo)

Derecho del titular de la información: Son derechos del titular de la información: conocer, actualizar, rectificar y revocar la autorización. Esto último salvo disposición legal o contractual que impida la supresión. Para este fin el FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL cuenta con los siguientes canales de comunicación: correo físico, dirección Avenida Carrera 68A No 24B – 10 Torre 2 Piso 3, la línea telefónica, 742 97 97 Extensiones: 62752-62755-62756 y correo electrónico: [protecciondedatos@foncel.co](mailto:protecciondedatos@foncel.co) con copia a [lady.pantoja@claro.com.co](mailto:lady.pantoja@claro.com.co).

### 5. ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En mi calidad de DEUDOR Me comprometo actualizar como mínimo una vez al año o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante, la información personal al FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL - FONCEL a través de los canales previstos por este.

### 6. INFORMACIÓN SOBRE LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

La Política de Tratamiento de Información Personal, DEL ACREEDOR se encuentra disponible, en el siguiente vínculo: [http://www.foncel.co/images/normatividad/descargables/RNBD/MANUAL\\_DE\\_POLITICAS\\_Y\\_PROCEDIMIENTOS.pdf](http://www.foncel.co/images/normatividad/descargables/RNBD/MANUAL_DE_POLITICAS_Y_PROCEDIMIENTOS.pdf)

FIRMA DEUDOR _____	
NOMBRE _____	
C.C. _____ DE _____	
EMPRESA: _____	



FORMATO ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN FONCEL  
NIT 830.013.396-9

V4-2019

FECHA DE ACTUALIZACIÓN DD MM AAAA

1. INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres Completos				Apellidos Completos							
Tipo de Documento		No. Documento		Fecha de Expedición		Lugar de Expedición					
C.C.	C.E.	P.P.									
Nacionalidad		Departamento de Nacimiento		Ciudad de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Correo Electrónico Personal (N/A Correo Corporativo)			
Dirección Domicilio				Departamento		Ciudad		Barrio		Teléfono	
Celular		Correo Electrónico Corporativo				Estado Civil					
		Casado		Unión Libre		Soltero					
Nombre Cónyuge o Compañero Permanente				Tipo de Documento		No. Documento		Lugar de Expedición			
		C.C.		C.E.		P.P.					
Celular Conyugue				Teléfono Fijo Conyugue				Correo Electrónico Conyugue			
Nombre de Familiar que no viva o habite con usted				Teléfono Celular		Parentesco		Ciudad		Teléfono Fijo	
Nombre de Familiar que no viva o habite con usted				Teléfono Celular		Parentesco		Ciudad		Teléfono Fijo	

En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1377 de 2013. Autorizo a FONCEL para el tratamiento de los datos en los términos indicados en el Decreto conforme a la Política de tratamiento de datos publicada en la página web de FONCEL. [WWW.FONCEL.CO](http://WWW.FONCEL.CO)

2. DECLARACIÓN PEP (PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE) LEY 1674 DE 2016

¿Usted desempeña en la actualidad o ha desempeñado en los últimos veinticuatro (24) meses cargos o actividades en los cuales:

	SI	NO
¿Maneja recursos públicos o tengan poder de disposición sobre éstos?		
¿Tiene o goza de reconocimiento público?		
¿Tiene grado de poder público o desempeña una función pública destacada en estado relacionada con alguno de los cargos descritos en el decreto 1674 de 2016?		
¿Tiene familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad que encajen en los escenarios descritos previamente?		

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Banco	Tipo cuenta		Numero Cuenta		Es declarante	
	Corriente	Ahorros			Si	No
<b>INGRESOS MENSUALES</b>	<b>VALOR</b>	<b>EGRESOS MENSUALES</b>	<b>VALOR</b>	<b>TOTAL</b>	<b>VALOR</b>	
Sueldo básico	\$	Arriendo/Cuota Hipotecaria	\$	<b>TOTAL INGRESOS</b>	\$	
Comisiones	\$	Prestamos por Nómina	\$	<b>TOTAL EGRESOS</b>	\$	
Honorarios	\$	Egresos Familiares	\$	<b>TOTAL ACTIVOS</b>	\$	
Arrendamientos	\$	Egresos Personales	\$	<b>TOTAL PASIVOS</b>	\$	
Otros ingresos	\$	Otros Egresos	\$	<b>TOTAL PATRIMONIO</b>	\$	

4. INFORMACION FINANCIERA EXTRANJERA

¿Realiza Operaciones en moneda extranjera?		País		Ciudad		Banco extranjero		Numero de cuenta	
SI	NO								

5. FIRMA Y HUELLA

Firma del Asociado		Huella Índice Derecho	
--------------------	--	-----------------------	--

6. PARA USO EXCLUSIVO DE FONCEL

Confirmada Veracidad de la Información				Fecha			
		Día		Mes		Año	
Observaciones							
Nombre y firma del asesor que realizó la verificación.				Nombre asesor que ingresó información al sistema.			
Nombre		Firma		Nombre		Firma	



## CONTRATO DE MANDATO

Entre los suscritos \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ expedida en, \_\_\_\_\_ como asociado del Fondo de Empleados de Comcel "FONCEL", y **YIMY ALBERTO SEGURA KAPLER**, identificado con la cédula de ciudadanía **No. 19.480.940** expedida en Bogotá, en su calidad de **REPRESENTANTE LEGAL** del "**FONDO DE EMPLEADOS DE COMCEL FONCEL**", **CON NIT 830.013.396-9**, hemos celebrado el siguiente CONTRATO DE MANDATO, el cual se regirá de acuerdo con los lineamientos generales aquí contemplados y por la legislación aplicable, de acuerdo a las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** El asociado \_\_\_\_\_ quién en este contrato se denominará el MANDANTE, le confiere a FONCEL quién se denominará el MANDATARIO, Mandato de Representación para que en su nombre ejecute los actos de comercio que se definen a continuación.

**SEGUNDA:** El MANDATARIO se obligará a adquirir directamente y a su nombre, para después trasladar a favor del asociado, a cualquier título, con proveedores legalmente reconocidos, bienes y servicios que proporcionen bienestar al asociado y a su grupo familiar, siempre que se desarrollen de conformidad con el marco legal de las entidades del sector de la economía solidaria en general y de los fondos de empleados en particular.

**TERCERA:** El MANDATARIO se obliga a entregar al MANDANTE una orden de compra o de servicios, debidamente autorizada en la que haga referencia al proveedor y valor máximo en pesos para retirar los bienes o servicios requeridos por el MANDANTE.

**CUARTA:** El MANDATARIO no podrá adquirir bienes y/o servicios sin previa autorización del MANDANTE.

**QUINTA:** Las obligaciones que en virtud de este contrato se deriven para el MANDATARIO se prestarán de forma gratuita, y sólo se trasladarán al MANDANTE aquellos valores diferentes que se tengan que cubrir con ocasión de circunstancias especiales creadas por este.

**SEXTA:** El MANDANTE, podrá cancelar el bien o servicio adquirido con un pago al contado o mediante financiación de acuerdo al Reglamento de Crédito establecido por el MANDATARIO.

Se firma en Bogotá, D.C., a los \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**ASOCIADO MANDANTE**  
C.C. No.

**COORDINACION COMERCIAL**  
C.C. No.

Vida grupo  Vida deudores

Datos generales											
Razón Social Entidad Tomadora					Ciudad			Fecha diligenciamiento			
								Día	Mes	Año	
No de póliza		Valor asegurado		VIGENCIA DEL SEGURO							
				DESDE 00:00 Horas	D	M	A	HASTA 24:00 Horas	D	M	A

Datos del solicitante del seguro										
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres			TD	No. Identificación
Fecha Nacimiento		Dirección Domicilio				Teléfono			Ciudad	
Día	Mes	Año								
Ocupación específica:				Estatura		Peso		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		

Si la póliza es deudores, el beneficiario será el acreedor hasta por el saldo insoluto de la deuda

Beneficiarios de seguros de vida					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Parentesco	No. Identificación	% Participación

Cuestionario estado de salud

Conteste si o no para cada uno de los solicitantes del seguro. Si alguna de las respuestas es afirmativa, por favor indique diagnóstico, fecha, tratamiento, estado actual y nombre del médico o institución tratante.

Preguntas	SI / NO	Explicación
1. En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud.		
2. ¿Padece o ha padecido, le han diagnosticado o ha sido tratado o está siendo estudiado por: cualquier tipo de cáncer, tumores malignos, leucemias, linfomas, trastornos cardíacos, arritmias cardíacas, infartos o dolor torácico cardíacos, trastornos en las válvulas cardíacas, trastornos coronarios, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, hipertensión arterial de difícil tratamiento, eventos o derrames cerebrales o isquemias cerebrales, trastornos neurológicos crónicos, hepatitis B o C, diabetes, cirrosis, anemia falciforme, enfermedad poliquística renal, insuficiencia renal o trastornos renales crónicos, infección por VIH, trastornos de la coagulación, trastornos osteoarticulares, trastornos vasculares, malformaciones, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, alcoholismo, drogadicción, trastornos pulmonares o hepáticos crónicos, inmunodeficiencias, trasplantes previos? ¿Fuma diariamente más de un (1) paquete de veinte (20) cigarrillos? ¿Si es mujer, dos (2) miembros del núcleo familiar, -madre, hermanas-, han padecido cáncer de seno? ¿Sufre usted y/o su familia el trastorno hereditario dislipidemia familiar o de poliposis vello o adenomatosa familiar.		
3. ¿Ha padecido o tiene en la actualidad deficiencias funcionales o pérdidas de órganos o miembros, trastornos en ojos u oídos, o ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad permanente parcial? ¿Esta siendo estudiado o desea ser estudiado por una Junta o comisión médica de estudio de invalidez?		
4. ¿Sufre o recientemente se ha detectado o le han visto alguna condición que requiera de estudios, o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de estudios y/o tratamientos médicos?		
5. ¿Sufre de alguna enfermedad o trastorno no preguntado en el presente cuestionario? ¿Practica deportes peligrosos?		

Declaraciones y autorizaciones

- No tengo antecedentes legales. Tanto mis actividades como mi ocupación o profesión son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.
- Tengo conocimiento que la póliza se otorgara en consideración a la veracidad de estas declaraciones, y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedara viciado de nulidad en los términos de los artículos 1058 y 1158 del código de comercio, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Chubb Seguros Colombia S.A. aún después de mi fallecimiento, para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, sobre mi estado de salud, incluyendo la facultad para obtener copia certificada de las historias clínicas respectivas.
- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a Chubb Seguros Colombia S.A. aún después de mi fallecimiento, para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria, la información que sea necesaria, sobre mi estado de salud, incluyendo la facultad para obtener copia certificada de las historias clínicas respectivas.
- Autorizo a Chubb Seguros Colombia para incluir, consultar, reportar y procesar a partir de la fecha de diligenciamiento de esta solicitud y durante la vigencia de este seguro, en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora, a la asociación bancaria de Colombia o cualquier central de información o base de datos.
- El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del seguro.

*Jaine Charuz*

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. Firma autorizada

Firma del Solicitante del Seguro

Para la celebración y durante la ejecución del contrato de seguro con LA ASEGURADORA (en adelante el "Contrato"), ésta recolectará, administrará y usará los datos personales del ASEGURADO en los términos previstos en la legislación aplicable, particularmente en la Ley 1581/12 (y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen) (en adelante la "Regulación"). Consecuentemente, en virtud de la suscripción del presente documento, el ASEGURADO otorga la autorización requerida por la Regulación dentro de los siguientes términos y condiciones:

1. LA ASEGURADORA utilizará los datos personales del ASEGURADO para los propósitos y alcances relacionados con el contrato de seguro y con las relaciones jurídicas y/o comerciales que se puedan desprender del mismo.
2. La autorización que se otorga por medio de este documento incluye el tratamiento de datos sensibles relacionados con o necesarios para la ejecución del contrato de seguro. Para estos efectos, LA ASEGURADORA observará lo previsto en la Regulación sobre la materia.
3. LA ASEGURADORA podrá utilizar los datos personales del ASEGURADO para fines relacionados con actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios propios del objeto social de LA ASEGURADORA. A su turno, LA ASEGURADORA no utilizará los datos personales del ASEGURADO para fines relacionados con actividades de mercadeo, publicidad o comercialización de bienes y servicios de terceros que no tengan una relación contractual con LA ASEGURADORA.
4. LA ASEGURADORA adoptará las medidas físicas, técnicas y tecnológicas necesarias para asegurarse que los datos personales del ASEGURADO se encuentren en adecuadas condiciones de conservación, seguridad y confidencialidad.
5. Otorgará al ASEGURADO la oportunidad para conocer, actualizar o rectificar sus datos personales, así como para ejercer los derechos previstos en la Regulación de acuerdo con los procedimientos contemplados en la misma Regulación y en las Políticas de Privacidad de la ASEGURADORA que se encuentran publicadas en [www.chubb.com/co](http://www.chubb.com/co). Es responsabilidad del ASEGURADO consultar periódicamente esas Políticas de Privacidad y sus actualizaciones. Por el hecho de ingresar y navegar posteriormente en la página Web de la ASEGURADORA, de pagar la prima de seguros correspondiente o de desplegar cualquier conducta adicional que señale de manera inequívoca su voluntad de prestar el consentimiento, LA ASEGURADORA entenderá que ASEGURADO ha otorgado la autorización necesaria para el tratamiento de sus datos personales en los términos previstos en este documento.
6. En virtud de la relación jurídica y/o comercial que se desprende de este documento, el ASEGURADO expresamente presta su consentimiento para que LA ASEGURADORA pueda transferir los datos personales a empresas que se encuentran ubicadas en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos de América, con las que LA ASEGURADORA sostiene una relación contractual por pertenecer al mismo grupo comercial de empresas. Esas empresas ubicadas en el extranjero prestarán servicios a LA ASEGURADORA principalmente en materia de realización de copias de seguridad (back-up) y análisis estadístico, administrativo, financiero y/o comercial de la información. Para estos propósitos LA ASEGURADORA implementará las gestiones y procedimientos a que haya lugar de acuerdo con la Regulación, garantizando en todo caso el derecho del ASEGURADO a que esa información se almacene en condiciones de seguridad y a solicitar a LA ASEGURADORA la actualización o rectificación de la misma cuando a ello hubiere lugar de acuerdo con lo previsto en la Regulación.
7. En caso de recibir una orden judicial o administrativa de cualquier autoridad competente relacionada con datos personales del ASEGURADO, LA ASEGURADORA procederá de acuerdo con lo previsto en la Regulación sobre el particular.
8. A la terminación del presente contrato por cualquier causa, LA ASEGURADORA se abstendrá de utilizar los datos personales del ASEGURADO para cualquier fin diferente al que éste autorice. LA ASEGURADORA adoptará las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para garantizar que los datos personales del ASEGURADO no se utilizarán para un fin diferente, pudiendo acordar con el ASEGURADO la eliminación definitiva de los datos personales de los archivos y registros de LA aseguradora.
9. Si dentro de las actividades relacionadas con o derivadas del presente documento y, en general, del contrato de seguro, el ASEGURADO debe suministrar a LA ASEGURADORA datos personales de terceros con quienes sostiene una relación familiar, laboral, contractual, jurídica o comercial de cualquier clase, se entenderá para todos los efectos que el ASEGURADO ha desplegado conductas inequívocas a fin de demostrar que esos terceros han prestado su debido y oportuno consentimiento para la recolección, administración y tratamiento de datos personales en los términos y para los propósitos previstos en este documento.

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

Igualmente autorizo a LA ASEGURADORA para que pueda compartir o transferir los datos personales con proveedores de la ASEGURADORA como ajustadores, abogados, médicos, digitadores, firmas de asistencia y call centers y, en general, con terceros con quienes LA ASEGURADORA sostiene relaciones jurídicas y/o comerciales relativas todas ellas al contrato de seguro, a los servicios que se desprenden del mismo y a otros productos y servicios relacionados con el objeto social de LA ASEGURADORA. En cada uno de esos casos LA ASEGURADORA incluirá un texto o adoptará las medidas necesarias a fin de que se observen los principios previstos en la Regulación.

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_