



FECHA DE RADICADO

SOLICITUD DE CREDITO**INFORMACIÓN DEL CRÉDITO**

VALOR SOLICITADO:	Nro. Cuotas a cancelar _____	QUINCENALES
\$	Nro. Cuotas a cancelar _____	MENSUALES

Valor en letras: _____

Multipropósito: _____ Vivienda: _____ Vehículo: _____ Soat: _____
Educación: _____ Salud: _____ Credifacil: _____ Cancela Credito anterior: _____

Observación: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.C. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

CELULAR: _____ SUCURSAL: _____ EMAIL: _____

INGRESOS Y EGRESOS MENSUALES (Datos obligatorios)

SALARIO: \$ _____ OTROS INGRESOS: \$ _____ INGRESOS FAMILIAR: \$ _____ TOTAL: \$ _____

DESCUENTOS NOMINA: \$ _____ CUENTA PERSONAL: \$ _____ OTROS GASTOS: \$ _____ TOTAL: \$ _____

DATOS DEL PRIMER CODEUDOR: (Como aparece en el documento de identidad)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.C. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

CELULAR: _____ SUCURSAL: _____ EMAIL: _____

DATOS DEL SEGUNDO CODEUDOR: (Como aparece en el documento de identidad)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

C.C. _____ DE: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ CIUDAD: _____

CELULAR: _____ SUCURSAL: _____ EMAIL: _____

Expresamente autorizo(amos) al FONDO DE EMPLEADOS IBG, para que de mi (nuestro) salario deduzca las cuotas pactadas del crédito desembolsado a mi favor. En caso de retiro de la empresa donde laboro los autorizo(amos) para ordenar la retención de mis (nuestras) prestaciones sociales y aportes, por el valor de las obligaciones que haya(mos) contraído con el FONDO DE EMPLEADOS IBG.

Expresamente declaro (amos) que autorizo (amos) al FONDO DE EMPLEADOS IBG, para que con fines estadísticos, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo financiero que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada, la información relacionada con el desarrollo del presente crédito

Autorizo(amos) a mi empleador a suministrar información financiera y todo lo referente a mi vínculo laboral al FONDO DE EMPLEADOS IBG

Firma deudor Principal_____
Firma Codeudor:_____
Firma Codeudor:

FONDO DE EMPLEADOS IBG

NIT 801.002.901- 6

CONCEPTO GERENCIAL

www.fondoibg.ibg.com.co

fondoempleados@ibg.com.co

Radicado

Día Mes Año

Importante emitir el concepto de los funcionario(s) de acuerdo a lo que con la informacion requerida; todos los datos son IMPORTANTES.

NOMBRE SOLICITANTE : _____

Contrato Laboral: Fechas Inicio: _____ **Fecha Terminación:** _____

Monto solicitado \$ _____, antigüedad en la empresa: _____

capacidad de pago: _____, desempeño: _____

Cancela crédito anterior: _____, devengado mensual: _____

Cuenta personal: _____, reporte negativo datacredito: _____

Destino credito: _____

NOMBRE PRIMER CODEUDOR : _____

Contrato Laboral: Fechas Inicio: _____ **Fecha Terminación:** _____

Antigüedad en la empresa: _____, desempeño: _____

Cuenta personal: _____, devengado mensual: _____

Otras observaciones: _____

NOMBRE SEGUNDO CODEUDOR : _____

Contrato Laboral: Fechas Inicio: _____ **Fecha Terminación:** _____

Antigüedad en la empresa: _____, desempeño: _____

Cuenta personal: _____, devengado mensual: _____

Otras observaciones: _____

Nombre gerente o Directivo inmediato

Fecha del concepto

AUTORIZACION CONSIGNACION DEL FONDO DE EMPLEADOS IBG

YO _____ identificado (a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** Nro. _____ de _____, autorizo al Fondo de Empleados IBG para que me sea consignado el valor autorizado del comprobante Nro. _____, por **CONCEPTO** de _____.

CUENTA Nro. _____

BANCO. _____

CLASE CUENTA: Corriente _____ O de ahorros _____

TITULAR DE LA CUENTA _____.

identificado(a) cédula de ciudadanía Nro. _____ de _____.

Dado en la ciudad de _____, a los _____ () del mes de _____ del 20____.

Atentamente,

Nombre asociado (a):

Celular:

Correo electrónico:

Sucursal:



FONDO DE EMPLEADOS IBG
NIT.801.002.901.-6

PAGARE N° _____

POR VALOR DE : _____ (\$ _____) M/cte.
YO (Nosotros), _____

el primero como mutuuario por ser beneficiario directo del crédito y los demás como firmantes de favor (deudores solidarios), identificado (s), como aparece al pie de mi (nuestras) correspondiente(s) firma(s). Pagaré (mos) al Fondo de Empleados IBG , o su orden, conforme a los estatutos y reglamentos de esta entidad solidaria al código de comercio, al código civil y demás disposiciones legales, la cantidad de _____

_____ (\$ _____), suma esta que recibí (mos) en calidad de préstamo, con una tasa de interés remuneratorio del _____ % efectivo anual y moratorio a la tasa máxima legalmente permitida.

La suma expresada la cancelaré (mos) en _____ (____) cuotas iguales, por valor de _____ (\$ _____) cada una, empezando a partir del día _____ del mes de _____ del año _____ y terminando el día _____ del mes _____ del año _____.

Para tal efecto autorizo(amos) a la empresa en la cual labore(emos), para que descuente de mi(nuestro) salario, prestaciones sociales e indemnizaciones, las mencionadas cuotas y las gire directamente al FONDO DE EMPLEADOS IBG, o a su orden.

No obstante el plazo pactado, el tenedor del presente título podrá declarar vencida la totalidad de la obligación y exigir el pago inmediato de las cuotas capital pendientes y de sus intereses, en caso de mora en el pago de una (1) o más cuotas periódicas pactadas o de las primas; así mismo, si se presentare embargo de salarios, prestaciones y demás bienes por parte de un tercero (Ley 45 de 1990, artículo 69), o si se presentare la desvinculación laboral del asociado beneficiario del crédito.

En el evento que las cuotas periódicas pactadas no sea descontadas de mi (nuestro) salario(s), prestaciones sociales y/o indemnizaciones por parte de la Empresa en la cual labore(emos), me (nos) comprometo(emos) a realizar su pago en las fechas estipuladas, directamente en las oficinas del FONDO DE EMPLEADOS IBG, en la ciudad de Armenia o en aquellas localidades donde tenga establecidas sucursales o agencias.

Como respaldo de mi (nuestra) obligación, comprometo(emos) además de mi (nuestra) responsabilidad personal, mis (nuestros) aportes sociales y ahorros que posea(amos) en el FONDO DE EMPLEADOS IBG , los salarios, prestaciones sociales, indemnizaciones y bonificaciones que existan a mi (nuestro) favor en la empresa en la cual laboro(amos) actualmente o en las empresas en que posteriormente me (mos) vincule (mos). En tal virtud, EL FONDO DE EMPLEADOS IBG queda autorizado de manera expresa e irrevocable para debitar las cuotas, el capital, los intereses o demás conceptos a que legalmente esté(mos) obligado(s), del total de los aportes sociales y de los ahorros que poseo(emos) en la Entidad, así mismo, para tramitar el reconocimiento y pago de mis (nuestros) derechos laborales señalados para amortizar los saldos insolutos de la obligaciones contraídas.

En el evento que las cesantías se encuentren consignadas en un Fondo privado, autorizo(amos) a la entidad y al respectivo fondo de manera expresa e irrevocable, para que igualmente retenga y gire la cantidad adecuada al mencionado fondo o a quien represente sus derechos.

Expresamente declaro(amos) excusado el protesto del presente pagaré. En caso que haya lugar a cobro por la vía judicial o extrajudicial, los gastos de cobranza, costas y agencias en derecho, serán pagados por mi (nosotros), sometiéndome(nos) a la jurisdicción legal en cualquier lugar de la República y renunciando a favor del FONDO DE EMPLEADOS IBG, o a favor de quien represente sus intereses, al nombramiento del depositario de bienes.

Para constancia, suscribo(imos) el presente pagaré en la ciudad de _____ a los _____ (____) días del mes de _____ del año _____ (_____).

AUTORIZACIÓN

Expresamente declaramos que autorizamos al FONDO DE EMPLEADOS IBG, para que con fines estadísticos, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgo financiero que considere necesario, o a cualquier otra entidad autorizada, la información relacionada con el desarrollo del presente crédito

El deudor,
Firma _____
Nombre: _____
C.C. No: _____
Dirección: _____
Tel: _____

El deudor solidario,
Firma _____
Nombre: _____
C.C.No: _____
Dirección: _____
Tel: _____

El deudor Solidario,
Firma _____
Nombre: _____
C.C.No: _____
Dirección: _____
Tel: _____

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARE EN BLANCO

Ciudad _____ Fecha _____

Señores
FONDO DE EMPLEADOS IBG
Ciudad

Por medio de la presente y de conformidad con lo establecido en el artículo 622 del código de comercio, me (nos) permito (permitimos) autorizarlos en forma permanente e irrevocable, para que de modo expreso procedan a llenar el pagaré a la orden, otorgado a su favor y distinguido con el número _____ completándolo en los espacios dejados en blanco, correspondientes a la fecha de vencimiento y cuantía (capital, comisiones, costos y todos los demás conceptos relacionados con las obligaciones correspondientes a intereses). Igualmente si llegara (llegáramos) a constituirme (constituiremos) en mora por el no pago de la totalidad o parte de una o mas obligaciones a mi (nuestro) cargo a favor del FONDO DE EMPLEADOS IBG, podrá el Fondo exigir de inmediato la cancelación de todas las obligaciones de las cuales sea (seamos) deudor (deudores) aun cuando por razón de los plazos previamente acordados no se encuentren vencidas, ya que por la anterior circunstancia todas y cada una de las mismas se entienden exigibles de inmediato, cuyos valores se incluirán en el citado pagaré. También queda facultado el Fondo para proceder en forma idéntica a la anterior, en caso de que cualquiera de los que suscribimos este documento, resulte embargado por un tercero o por el mismo fondo, o sea declarado en quiebra, llamado a concordato o concurso de acreedores.

El pagaré podrá ser llenado sin previo aviso, de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- La cuantía será igual al monto de todas las sumas que por cualquier concepto le este (estemos) debiendo al Fondo de Empleados el día que sea llenado, incluyendo en dicha cuantía el valor de aquellas obligaciones que se declaran de plazo vencido como anteriormente se autorizó.
- La fecha de vencimiento será la del día en que el título valor sea llenado o la del día siguiente.
- En materia de intereses se observarán para su calculo y liquidación las siguientes pautas:
 - Los intereses de mora serán los máximos legalmente autorizados para la (las) obligación (obligaciones) asumida (asumidas) por mi (nosotros) frente al Fondo.
 - Si al momento de ser llenado el pagaré se han causado intereses sobre la (las) obligación (obligaciones), estos se incluirán dentro de la cuantía total, sin perjuicio de lo señalado en el número quinto de este literal.
 - En caso de que por mi (nuestro) incumplimiento el Fondo optare por declarar vencido el plazo pactado y hacer exigible de inmediato la cancelación de todas las obligaciones a mi (nuestro) cargo, está facultado para cobrarme (cobrarnos) los intereses de mora sobre el saldo insoluto del capital adeudado a la tasa señalada en el número 1 de este literal, desde el momento en que se haga exigible y hasta su pago total.
 - Si por el contrario el Fondo decidiese a pesar de mi (nuestro) incumplimiento no declarar de plazo vencido el saldo total de mi (nuestras) obligación (obligaciones), podrá exigirme (exigirnos) intereses moratorios a la tasa señalada en el número 1 de este literal, sobre la cuota (o cuotas) de capital vencidas desde su exigibilidad y hasta su pago total.
 - En ningún caso el Fondo procederá a liquidar intereses sobre intereses causados y no pagados. Lo aquí previsto no impedirá que el Fondo pueda beneficiarse de las provisiones contraídas en el artículo 886 del código de comercio.

El pagare así llenado, será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin formalidad adicional alguna.

Hago constar que he (hemos) leído la presente carta de instrucciones que en conformidad suscribo (suscribimos).

El Deudor, _____ El Deudor Solidario, _____ El Deudor Solidario, _____

Firma _____ Firma _____ Firma _____

LIBRANZA

LIBRANZA No. _____

SEÑORES : _____

Yo (nosotros), _____

identificado (s) como aparece al pie de mi _____ (nuestras) correspondiente(s) firma(s) autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a esa entidad, para descontar de mi (nuestro) salario mensual, prestaciones sociales, bonificaciones y/o indemnizaciones, la cantidad de _____ (\$ _____) mensuales, durante un periodo de _____ (_____) meses contados a partir del mes de _____ del año _____, con el fin de amortizar crédito que he(mos) contraído con el FONDO DE EMPLEADOS IBG. Adicionalmente para descontar un total de _____ (_____) primas iguales por valor de _____ (\$ _____). cada una, en las fechas que a continuación se describen: _____.

Los descuentos realizados deberán ser girados a nombre del Fondo de Empleados IBG, o su orden dentro de los cinco (5) días calendario subsiguientes a la fecha del pago al trabajador o pensionado, de conformidad con lo establecido por el paragrafo único del Artículo 142 de la Ley 79 de 1988.

En caso de salir a disfrutar de vacaciones o licencia, autorizo(amos) para que se descuenta de manera anticipada el valor de la(s) cuotas (s) mensual (es) y de las cuotas extraordinarias señaladas.

Así mismo autorizo(amos) para que de las cesantías parciales o definitivas, de las indemnizaciones, bonificaciones o de cualquier otra suma que haya de pagarme(nos) la entidad, se retenga y gire al FONDO DE EMPLEADOS IBG, o su orden, el valor de las cuotas pendientes por cancelar y demás sumas que certifique tal Fondo.

En el evento que las cesantías se encuentren consignadas en un fondo privado, autorizo(amos) a la entidad y al respectivo Fondo de manera expresa e irrevocable, para que igualmente retenga y gire la cantidad adecuada al mencionado Fondo, o a quien represente sus derechos.

En todo caso, no podrá realizarse el pago de dichas prestaciones sin el correspondiente PAZ Y SALVO expedido por el FONDO DE EMPLEADOS IBG, entidad esta que queda autorizada con las mas amplias facultades, para tramitar todo lo referente a su reconocimiento y pago hasta concurrencia del saldo insoluto de la obligación garantizada, intereses remuneratorios, moratorios y otros conceptos.

El Deudor, _____ El Deudor Solidario, _____ El Deudor Solidario, _____

Firma _____ Firma _____ Firma _____

ACEPTACION DE LA LIBRANZA

Aceptamos esta orden de descuento, las autorizaciones en ella contenidas y la responsabilidad que acarrea para con el FONDO DE EMPLEADOS IBG, en el evento de incumplir las condiciones expresadas en la presente autorización. En tal virtud, responderemos solidariamente por las sumas no recaudadas, renunciando desde ahora a los requerimientos y a la constitución en mora.

Ciudad y Fecha

Firma Autorizada y sello

INGRESO MODIFICACIÓN

RAMO		GRUPO VIDA <input type="checkbox"/>	GRUPO DEUDORES <input checked="" type="checkbox"/>	ACCIDENTES PERSONALES <input type="checkbox"/>
INTERMEDIARIO Paola Marquez			AGENTE <input checked="" type="checkbox"/>	AGENCIA <input type="checkbox"/> CORREDOR <input type="checkbox"/>
TOMADOR FONDO EMPLEADOS IBG		NIT 801.002.901-6	PÓLIZA No.	

Con la presente, manifiesto mi deseo de ser incluido como asegurado en el Plan de Seguro, por lo cual suministro los siguientes datos:

ASEGURADO PRINCIPAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA
FECHA DE NACIMIENTO AÑO MES DÍA	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN		TELÉFONO
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO
VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$				
¿ACTUALMENTE TIENE OTRAS PÓLIZAS DE VIDA EN AXA COLPATRIA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$	

CÓNYUGE ASEGURADO (Diligencie esta información sólo en caso que el programa al que desea vincularse se extiende al cónyuge y/o compañero(a) permanente)				
PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXXXXX	SEGUNDO APELLIDO XXXXXXXXXXXXX	PRIMER NOMBRE XXXXXXXXXXXXX	SEGUNDO NOMBRE XXXXXXXXXXXXX	CÉDULA DE CIUDADANÍA XXXXXXXXXXXXX
FECHA DE NACIMIENTO XX XX XX	LUGAR DE NACIMIENTO XXXXXXXXXXXXX	OCUPACIÓN XXXXXXXXXXXXX		TELÉFONO XXXXXXXXXXXXX
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA XXXXXXXXXXXXX			CIUDAD XXXXXXXXXXXXX	DEPARTAMENTO XXXXXXXXXXXXX
VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: \$ XXXXXXXXXX				

ASEGURADOS ADICIONALES (Diligencie esta información sólo en caso que el programa al que desea vincularse se extiende a los hijos y/o padres)					
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
XXXXXXXXXXXXX	X XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX XXS XX DÍA	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX XX XXX DÍA	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX XXS XXX DÍA	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX MES XXX DÍA	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX XXX XXX DÍA	XXXXXXXXXXXXX	\$ XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXXX MES XXX DÍA	X XXXXXXXXXX	\$ XXXX

NOTA: QUEDA CLARAMENTE ENTENDIDO QUE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN ESTA PÓLIZA HAN AUTORIZADO SU INCLUSIÓN EN LA MISMA Y HAN AUTORIZADO AL ASEGURADO PRINCIPAL A REALIZARLO. SI CON POSTERIORIDAD ALGUNO DE ELLOS DESEA RETIRARSE, LO PODRÁ HACER MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

BENEFICIARIO DEL SEGURO		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	XXX

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE, HIJOS Y PADRES), LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR SERÁN LOS BENEFICIARIOS DE LEY SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO O LOS SEÑALADOS POR EL FAMILIAR ASEGURADO EN COMUNICACIÓN ESCRITA REMITIDA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD - ASEGURADO PRINCIPAL	
¿HA SUFRIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA: FECHA _____ MÉDICO/EPS _____
¿CUÁL? _____ ¿CUÁNDO? _____	RESULTADO _____

- El Asegurado Principal declara que las personas del grupo familiar (cónyuge y/o compañero(a) permanente, hijos y padres) incluidas como aseguradas en esta póliza lo han autorizado para hacer su inclusión en la misma.
- Como asegurado principal, garantizo que en este momento de ingreso a la póliza, tanto yo como mi grupo familiar (cónyuge y/o compañero(a) permanente, hijos y padres) nos encontramos en buen estado de salud y que no padecemos, ni hemos padecido cáncer, cirrosis, hepatitis B, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, afecciones cardíacas, insuficiencia renal, accidentes cardiovasculares y en general ninguna enfermedad grave o crónica.
- Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a AXA COLPATRIA Seguros S.A., mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.
- Declaro que mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento, que en el presente significado de seguro, se expide a consideración de la veracidad de estas declaraciones hechas en el momento de la solicitud del seguro; que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, esta queda viciada de nulidad (ART. 1058 y 1158 del Código de Comercio) y que AXA COLPATRIA Seguros S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después de producirse el siniestro, se compruebe que estas declaraciones no son verídicas.
- De manera irrevocable autorizo a las Compañías de Seguros, e intermediarios de Seguros, con los que mantenga una relación comercial vigente para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad válidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, información contenida en este formulario.

Declaro que la información suministrada en el momento de la solicitud es totalmente cierta y confirmable.

Se firma el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL
C.C.

HUELLA DEL ÍNDICE DERECHO
DEL ASEGURADO PRINCIPAL

FORMA P285 - JULIO - 2009