

FAVOR LLENAR A MÁQUINA O LETRA IMPRENTA

No. de solicitud

Nombres y Apellidos			
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Doc. de identidad <input type="radio"/> C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> Otro	Lugar de expedición	
Dirección de Residencia	Barrio	Tel. Fijo	
Correo electrónico	Celular		

PARA USO EXCLUSIVO DE CAJACOPI

Empresa			
Nit.		Tiempo de Servicio	
Tipo de contrato <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Indefinido	Vencimiento del contrato		
Nombre de quien confirma los datos			

FECHA DE APROBACIÓN

Día	Mes	Año

Último pago de cuotas de libranza por la empresa	Saldo de crédito por libranza
Saldo de crédito por subsidio	Saldo otros créditos
Nombre de quien confirmo los datos	Cupo aprobado

Requisitos:

1. La empresa y el trabajador deben estar al día con sus obligaciones con la Caja.
2. La empresa donde labora el solicitante, si es nueva debe tener por lo menos tres meses de aporte puntual a la Caja.
3. Se debe llenar completamente esta solicitud.
4. Fotocopia de la cédula del solicitante ampliada al 150%.
5. Fotocopia del último volante de pago mensual.

Declaración y Autorización:

Declaro bajo juramento que toda la información aquí consignada es cierta y veraz, igualmente autorizo voluntaria e irrevocablemente a la Caja de compensación familiar Cajacopi Atlántico para verificar, consultar y reportar en las fuentes de información y centrales de riesgo que considere necesario, los datos consignados en la solicitud y el estado de mis obligaciones y para obtener referencias de mi comportamiento comercial y crediticio y cuando lo considere el caso, informar de mi comportamiento a las entidades vigiladas por la superintendencia bancaria y de entidades financieras de Colombia o a cualquier otra entidad que maneje base de datos con los mismos fines, sobre mi correcta o deficiente utilización del crédito, igualmente declaro conocer los reglamentos y requisitos del crédito y autorizo a la caja de compensación familiar Cajacopi Atlántico a que en caso de no ser aprobado ó sea cancelado totalmente este crédito no devuelva y destruya todos los documentos suministrados. De igual manera autorizo a la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, a descontar la totalidad de cuota monetaria mensual que recibo por subsidio familiar, por el tiempo que fuese necesario hasta cubrir el total de las obligaciones que tenga con la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, incluyendo gastos legales e intereses corrientes y por mora. Igualmente autorizo a la empresa en que laboro a descontar del salario que devengo el valor de mis obligaciones con la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, en los montos que esa entidad le reporte a la empresa en que trabajo, en el caso de incurrir en mora en el pago de mis obligaciones.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a la caja de compensación familiar cajacopi atlántico para el uso y tratamiento de mis datos personales que reposan en las bases de datos de afiliados y del servicio de crédito, en virtud de la función que le compete de administrar el sistema de subsidio familiar, en los términos y para los fines establecidos en la norma legal vigente.

 Firma del Trabajador
C.C.

Carta de autorización para llenar pagaré con espacios en blanco

Yo, _____
identificado con la cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____
autorizo a la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, para que haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 622 del código de comercio,
llene los espacios que se ha dejado en blanco en el pagaré No. _____ adjunto, para lo cual deberá ceñirse a las siguientes instrucciones:

1. El monto será igual al valor de todas las obligaciones exigibles que a cargo nuestro y a favor de la Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico, existan al momento de ser llenados los espacios.
2. La fecha será aquella en que se llenen espacios dejados en blanco.

Firmado en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ del _____



Nombre del solicitante
C.C.

Firma del solicitante

Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico

PAGARÉ No.

Lugar y fecha de celebración del contrato: _____ a los _____

Día del mes de _____ del _____

Valor \$ _____

Ciudad y dirección donde se efectúa el pago: _____

Yo, _____ mayor de edad identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, declaro: CLAUSULA PRIMERA, Objeto: que por virtud del presente titulo valor, pagare incondicionalmente a la orden de la Caja de Compensación Familiar CAJACOPI ATLANTICO, o a quien sus derechos represente, en la ciudad y dirección indicados, en las fechas de amortización por cuotas señaladas en la clausula segunda de este mismo pagaré, la suma de _____, mas los intereses señalados en la clausula tercera de este documento. CLAUSULA SEGUNDA, Plazo: Que pagare la suma indicada en la clausula anterior mediante instalamentos mensuales sucesivos correspondientes cada uno a la cantidad de _____. El primer pago se efectuara el día _____ de _____ del _____ y los demás pagos se harán los primeros cinco días de cada mes, durante _____ meses hasta cancelar el valor total de la obligación. CLAUSULA TERCERA, Intereses: sobre la suma debida, reconoceré intereses anticipados o vencidos equivalentes al _____%. CLAUSULA CUARTA, Clausula aceleratoria: El tenedor podrá declarar insubsistente los plazos de esta obligacion o de las cuotas que constituya el saldo y exigir su pago inmediato judicial o extrajudicialmente. En los siguientes casos: A) Cuando el deudor incumpla cualquiera de sus obligaciones derivadas del presente documento. B) Cuando el deudor inicie tramite de liquidación de obligaciones, termine la relación laboral con la empresa en que trabaja al momento de la firma de este documento, se someta a proceso concordatorio o convoque a concurso de acreedores. Dejamos expresa constancia que la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPIATLANTICO, podrá hacer uso de la clausula aceleratoria aquí señalada, sin necesidad de requerimiento, comunicación o tramite adicional alguno. CLAUSULA QUINTA, Impuesto de Timbre: los gastos originados por concepto de impuestos de timbre correrán a cargo del deudor. CLAUSULA SEXTA, Intereses de Mora: En caso de mora en el pago del capital, se cobrará durante ella intereses de mora a la tasa máxima legal permitida sobre los saldos insolutos, sin perjuicios de las acciones legales que la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO Interponga para el cobro judicial. CLAUSULA SEPTIMA, Gastos del proceso: acepto que en caso de incumplimiento de las obligaciones de este titulo valor sean de mi cargo los costos y gastos de la cobranza. Acepto desde ahora cualquier sesión o endoso que de este crédito hiciere la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, en uso de su facultad. El mismo interés de mora estipulado en el presente pagaré se aplicara a las sumas que invierta la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, para hacer efectivo este documento, en caso de incumplimiento de el deudor, tales como honorarios del abogado, costos, etc. Las cuales me obligo a reembolsar. Declaro expresamente que todos los pagos correspondientes a intereses, deberán hacerse constar al pie de este documento. A partir de la fecha en que la misma CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, instaure demanda judicial en caso de incumplimiento, si existen intereses pendientes con un año de anterioridad, sobre estos se liquidaran intereses a la tasa máxima que hayan autorizado las autoridades monetarias a esa fecha, como intereses corrientes para operaciones ordinarias a un plazo inferior a un año. CLAUSULA OCTAVA, Cambio de financiación: Expresamente autorizo a la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, que en el evento que por norma legal reglamentaria y por disposición del Consejo Directivo de la Caja se autorice cobrar intereses superiores a los previstos en este pagaré, tanto ordinarios como de mora, la CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR - CAJACOPI ATLANTICO, los reajuste de manera automática, siempre y cuando la legislación legal pertinente así lo acepte y desde ahora me obligo a pagar la diferencia que resulte a mi cargo por dicho concepto de acuerdo con las nuevas disposiciones. En caso de prórroga, renovación, refinanciación o cambio de fecha de la obligación, los codeudores y/o avalistas las aceptan desde ahora. Renuncio expresamente a cualquier clase de requerimiento. Para constancia se firma en _____, a los _____ días del mes de _____ del _____.



Nombre del solicitante
C.C.

Firma del solicitante