

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	
FEIGAC		860.035.184-8	
Dirección Entidad			Fecha Diligenciamiento
CARRERA 30 NO 48 51 BL 2 OFC 003			DD / MM / AAAA
Ciudad Entidad	Departamento Entidad	Teléfono 1	Teléfono 2
Bogotá D.C	Cundinamarca	3906472	322 8234111
E-mail Corporativo		Nombre Representante Legal	
fondoempleadosigac@gmail.com		César Augusto Bóxiga Sánchez	

II. Información Pensionado

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento Identidad		No. de documento	No. Afiliación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?			
Dirección del Pensionado			
Ciudad del Pensionado	Departamento del Pensionado	Teléfono 1	Teléfono 2
Si usted es Beneficiario de Pensión diligencie documento del causante, <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> P. No. _____			

Si la solicitud la realiza el pensionado (Menor de Edad o interdicto) a través de Curador y/o Representante Legal, este último debe diligenciar los siguientes campos y firmar el formulario, adicionalmente debe adjuntar copia del documento de identidad.

III. Información del Curador y/o Representante Legal

Nombres y Apellidos	Tipo y No. Documento Identidad	Teléfono
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> 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 descuento el valor y número de cuotas descritas en este formato, con destino a la Entidad citada. Así mismo, los datos personales, podrán ser procesados, recolectados, almacenados, usados, circulados, suprimidos, compartidos, actualizados, a través de diferentes medios tales como correo físico, electrónico, celular o dispositivo móvil, vía mensajes de texto (1\1 S y/o MMS), o a través de cualquier medio análogo y/o digital de comunicación, conocido o por conocer.



EL VALOR TOTAL DE LOS DESCUENTOS EFECTUADOS NO DEBE EXCEDER EL 50% DE LA PENSION, SEGUN EL ARTICULO 156 DEL CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Y DEMAS NORMAS VIGENTES.

NOTA: si el valor y/o número de cuotas presenta enmendaduras o tachones, NO se ingresará la novedad.

Firma del Pensionado

Huella Indice Derecho



Huella Indice Derecho

Firma Curador/Rep. Legal

Firma y Sello del Gerente, Representante Legal y/o Autorizados de la Entidad

_____, _____ de _____ de 20 _____

Señores:

FONDO DE EMPLEADOS IGAC

Presente

Solicito a Ustedes se sirvan estudiar, la presente solicitud de préstamo por valor de _____

(\$ _____) M/cte. El cual me comprometo a cancelar en _____ cuotas

mensuales. A la vez autorizo al señor Pagador del Insgeográfico para que de mi sueldo _____

_____ de la subdirección de _____ efectúe los

descuentos correspondientes hasta cubrir la totalidad del préstamo y sus intereses a sazón del

_____ % mensual sobre saldos.

Atentamente,

NOMBRE _____

C.C. No. _____ Vo. Bo. _____

Pagador del Insgeográfico

Firma: _____

PRIMER CODEUDOR:

SEGUNDO CODEUDOR:

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

Firma: _____

Firma: _____

C.C. No. _____

C.C. No. _____

Sueldo: (\$) _____)

Sueldo: (\$) _____)

PRÉSTAMO: _____ CÓDIGO: _____

SUELDO: _____ RADICACIÓN: _____

CUPO: _____ CUOTA MENSUAL: _____

APROBADO: _____ CUOTA AMORTIZACIÓN: _____

FECHA DE DESCUENTO: _____

VALORES A DESCONTAR: _____

Entidad Bancaria: _____ Tipo de Cuenta: _____

Numero de Cuenta: _____

"Lo importante es servir, no competir"



**FONDO DE EMPLEADOS DEL INSTITUTO GEOGRAFICO AGUSTÍN CODAZZI
CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILGENCIAR PAGARE No.**

Yo(nosotros) _____ identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma (firmas), obrando en calidad de deudor y codeudor (es) solidario (s) autorizo (amos) al **FONDO DE EMPLEADOS DEL INSTITUTO GEOGRAFICO AGUSTÍN CODAZZI “FEIGAC”** o cualquier otro tenedor legitimo del pagare que hemos suscrito a la fecha a favor del **FONDO DE EMPLEADOS “FEIGAC”**, para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del código de comercio, llene los espacios en blanco en el pagare No. _____ para lo cual debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

- 1. EL FONDO DE EMPLEADOS “FEIGAC”** o su tenedor legitimo podrá llenar los espacios en blanco del pagare identificado anteriormente, cuando se presente una o varias de las circunstancias de exigibilidad de la obligación objeto de esta autorización.
- 2. EL FONDO DE EMPLEADOS “FEIGAC”** o su tenedor legitimo están facultados por los deudores para llenar todo espacio en blanco que haya quedado en el Pagaré y en especial el valor de las sumas debidas, incluyendo capital, interés mensual de plazo o monetario, de acuerdo a la tasa que resultare de la aplicación de lo convenido en el Pagaré.
3. La fecha de exigibilidad de la obligación será la que corresponda al periodo en el cual se presente (n) en la (s) circunstancias de exigibilidad de la obligación de acuerdo a las condiciones establecidas en el Pagaré.
4. El monto del pagare será igual al valor del capital que cualquiera de los deudores o suscriptores resulten deber al **FONDO DE EMPLEADOS “FEIGAC”** por cualquier concepto, al momento de ser llenados los espacios en blanco, de acuerdo a la liquidación que efectúe el **FONDO DE EMPLEADOS “FEIGAC”**, la cual es aceptada expresamente por los deudor (es) y codeudor(es).
5. Para llenar el pagare, el **FONDO DE EMPLEADOS “FEIGAC”** no requiere dar aviso los firmantes del mismo.

En constancia de lo anterior se firma esta carta de instrucciones en duplicado a los _____ días del mes de _____ del año _____

DEUDOR
C.C.

CODEUDOR SOLIDARIO
C.C.

CODEUDOR SOLIDARIO
C.C.



AFIANZAFONDOS S.A.S.
CONTRATO MANDATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
FIANZA A PERSONA NATURAL

Documento:
Contrato
Versión: 4.0
Fecha: abril de 2024
Página 1 de 1

ANEXO No. 1
FORMATO DE AUTORIZACIONES

- Aceptación de la Garantía, pago de comisiones y no extinción de la obligación: Acepto la garantía AFIANZAFONDOS S.A.S. para respaldar la operación aprobada por EL FONDO DE EMPLEADOS. Me obligo a pagar la comisión de la garantía, más el IVA. En caso de que AFIANZAFONDOS S.A.S. se vea obligado a pagar la garantía como resultado de mi incumplimiento, éste se subrogará por el valor pagado y tendrá el derecho a perseguir su recaudo. Reconozco que el pago que llegare a realizar AFIANZAFONDOS S.A.S. no extingue parcial, ni totalmente mi obligación.
- Reporte a operadores de información o Centrales de Información Financiera: Como beneficiario(s) de la garantía expedida por AFIANZAFONDOS S.A.S. autorizo a esta entidad o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, a consultar, reportar, actualizar, solicitar, compartir y divulgar al operador de información o Central de Información de Financiera - CIFIN o DATACREDITO o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento crediticio. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y, en general, frente al cumplimiento de mis obligaciones. De acuerdo con la ley 2300 de 2023, de igual manera autorizo expresamente a AFIANZAFONDOS S.A.S. para que me contacte y realice gestiones de cobranza y el envío de mensajes publicitarios a través de los diferentes canales de comunicación que he registrado: correo electrónico, teléfono fijo, teléfono celular (llamada, SMS, WhatsApp, etc.), presencial cuando no tenga información actualizada o exista imposibilidad en el contacto y algún otro que en adelante pueda surgir, con la posibilidad de que en cualquier momento puedo elegir, actualizar o modificar los canales antes mencionados.
- En mi calidad de titular de la información, autorizo permanentemente a AFIANZAFONDOS S.A.S. a que mis datos personales suministrados sean almacenados, recolectados, actualizados e incorporados en sus archivos o bases de datos, transferirlos, usarlos y en general tratarlos en cualquier forma autorizada por la ley y para el desarrollo de su objeto social y de la relación contractual que nos vincula. Igualmente autorizo expresa e irrevocablemente a AFIANZAFONDOS S.A.S. o a quien represente sus derechos, de forma libre y voluntaria, para consultar mis datos personales en las bases de datos autorizadas legalmente, con el fin de obtener mi ubicación en los casos en que presente obligaciones en mora y se requiera hacer la gestión de cobro judicial o extrajudicial.
- Acepto que no habrá devolución alguna de Comisión por el prepago de la obligación de crédito afianzada, teniendo en cuenta que el afianzamiento esta dado por el monto del crédito y no el plazo

En señal de aceptación del presente documento se suscribe en la fecha Día _____ / Mes _____ / Año _____

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

IDENTIFICACION: _____ DE _____

E-MAIL (obligatorio): _____

DIRECCION: _____

BARRIO: _____ CIUDAD: _____

TELEFONO FIJO: _____ CELULAR: _____

PAGARE POR \$

Nº

Nosotros:

identificados como aparece al pie de nuestras firmas nos obligamos a pagar al FONDO DE EMPLEADOS DEL INSTITUTO GEOGRAFICO "AGUSTIN CODAZZI" o a su orden, la cantidad de:

(\$) suma que hemos recibido en mutuo préstamo de la citada entidad y que pagaremos así:
 cuotas mensuales de
 (\$), M/CTE, cada una a partir del de
 del año además pagaremos los intereses del % mensual y el % para gastos de administración sobre saldos.

En caso de mora el pago de la totalidad o de cualquiera de los contados estipulados, pagaremos intereses de mora del % mensual sin perjuicio de que el saldo total de ésta se de por vencido y su pago sea exigido de inmediato a opción del tenedor. También podrá el Fondo dar por vencido el plazo y exigir inmediatamente el pago total de la deuda en caso de que se comprobase a juicio de él, que se ha cambiado la inversión declarada al recibir el préstamo. Expresamente declaramos excusado el protesto del presente pagaré según las normas que lo rigen. En caso de cobro judicial, los gastos de la cobranza, así como los gastos judiciales y agencias en derecho serán pagadas por nosotros sometiéndonos a la jurisprudencia legal en cualquier lugar de la República y renunciando a favor del Fondo el nombramiento de depositario de bienes. Damos como garantía los Certificados de las aportaciones pagadas que poseamos en el Fondo. Autorizo a la pagaduria del IGAC, descontar doble cuota mensual en el evento de salir de vacaciones, sobre la liquidación. Y además en caso de retiro me sea descontada de la indemnización o de los haberes que por cualquier concepto me deba cancelar la Entidad, la suma que adeude a la fecha al Fondo de Empleados (Feigac). Aceptamos las obligaciones en los términos expresados y en constancia firmamos en Bogotá, D.C. a los días del mes de del año

	FIRMAS	CEDULA	DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO
Deudor	_____	_____	_____	_____
Codeudor	_____	_____	_____	_____
Codeudor	_____	_____	_____	_____

"Lo importante es servir, no competir"