

Los campos marcados con * son obligatorios

Tipo: Solicitante ☐ Deudor solidario ☐	Ciudad:	Fecha: DD MM AAAA	No. Radicado
Destino: Consumo Libre inversión ☐	Compra de cartera ☐ Vehículos ☐	Servicios Educación ☐ Salud ☐ Mercadeo ☐	Turismo y recreación ☐ Otros: ☐
Monto a desembolsar: \$	Plazo en meses: ☐	Intereses a costos administrativos (uso exclusivo de Cajasán)	Monto del crédito (uso exclusivo de Cajasán) Valor Cuota \$
Propósito de la Solicitud:			

INFORMACIÓN PERSONAL			
Tipo: C.E. ☐ C.C. ☐	No. Documento: *	Apellidos:	Nombres: *
Fecha de nacimiento: DD MM AAAA		Género: F ☐ M ☐ I ☐	
Nivel Educativo: Primaria ☐ Bachillerato ☐ Técnico ☐ Tecnólogo ☐ Universidad ☐ Postgrado ☐	Estado Civil: Soltero ☐ Unión libre ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐	Tipo de Vivienda: Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐ Otro: ☐	
Cabeza de familia ☐ SI ☐ NO ☐	N° de hijos: *	N° de personas que dependen económicamente de ud: *	Estrato: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
Dirección de residencia: *	Barrio: *	Ciudad: *	Departamento: *
Teléfono celular:	Teléfono celular 2:	Correo electrónico personal:	Laboral:
Banco:	No. Cuenta bancaria: *	Tipo de cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐	
Realiza compra de cartera ☐ SI ☐ NO ☐	Nombre de entidad 1:	Nombre de entidad 2:	

INFORMACIÓN LABORAL			
Empresa: *	Nit: *	Dirección: *	Barrio: *
Ciudad: *	Departamento: *	Teléfono: *	Extensión: *
Cargo: *	Salario o pensión: *	Tipo de contrato: *	
Fecha Ingreso: DD MM AAAA	Tipo de empresa: Privada ☐ Pública ☐ Mixta ☐ Otra ☐		
Actividad económica de la empresa	Categoría del Afiliado: A ☐ B ☐ C ☐ NINGUNA ☐		

DATOS DEL CÓNYUGE Y/O COMPAÑERA(O) PERMANENTE			
Tipo: C.E. ☐ C.C. ☐	No. Documento: *	Apellidos:	Nombres: *
Fecha de nacimiento: DD MM AAAA		Género: F ☐ M ☐ I ☐	
Empresa donde trabaja:	Cargo / Ocupación:	Dirección de la empresa:	Teléfono de la empresa:
Teléfono celular:	Correo electrónico personal:	Fecha de ingreso:	Salario / Ingresos:

INFORMACIÓN BÁSICA FINANCIERA			
Ingresos mensuales *	Descripción de otros ingresos mensuales *	Egresos mensuales *	
Salario / Ingresos Principales \$	☐ Honorarios ☐ Utilidad Negocio ☐ Rendimientos financieros	Arriendo / Cuota / Vivienda \$	
Comisiones / Horas Extras \$	☐ Comisiones ☐ Bonificaciones ☐ Dividendos	Obligaciones / Tarjeta Crédito \$	
Otros Ingresos (Comprobables) \$	☐ Arriendos ☐ Giros del exterior	Descuentos por Nómina \$	
Total Ingresos \$	☐ Ingresos familiares	Otros Gastos \$	
		Total Egresos \$	

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA			
Realiza operaciones en moneda extranjera ó posee cuentas en el extranjero? ☐ SI ☐ NO	País:	Ciudad:	Entidad / Banco:
Tipo moneda:	Tipo de Operación: ☐ Préstamos ☐ Inversiones ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Ahorro ☐ Otra. Cuáles?		
¿Declara renta? ☐ SI ☐ NO	Último año declarado:	¿Maneja Recursos Públicos? ☐ SI ☐ NO	

INFORMACIÓN DE BIENES A NOMBRE DEL TITULAR			
Vehículo marca:	Modelo:	Placa:	Prenda a favor de:
Casa ☐ Apartamento ☐	Dirección:	Municipio:	N° de escritura y fecha:
Finca ☐ Lote ☐	Notaría:	N° matrícula:	Hipoteca a favor de:
			Saldo actual: \$

REFERENCIAS FAMILIARES QUE NO VIVAN CON USTED			
Nombres y apellidos:	Parentesco:	Teléfono Residencia:	Teléfono Celular:
Empresa donde trabaja:		Teléfono Trabajo:	Ciudad:

REFERENCIA PERSONAL			
Nombres y apellidos:	Teléfono Residencia:	Teléfono Celular:	
Empresa donde trabaja:	Teléfono Trabajo:	Ciudad:	

REFERENCIA ADICIONAL			
Nombres y apellidos:	Teléfono Residencia:	Teléfono Celular:	
Empresa donde trabaja:	Teléfono Trabajo:	Ciudad:	

DECLARACIONES *			
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA SEGURO DE VIDA DEUDORES: Yo el abajo firmante, declaro que mi estado de salud corresponde a lo que a continuación marco con una X:			
En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud, mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida y desarrollo en forma normal mis actividades. Padezco ó he padecido las enfermedades que a continuación marco con una X:			
Mentales ☐	Cardiovasculares ☐	Cerebrovasculares ☐	Sida ☐
Gastrointestinales ☐	Cáncer ☐	Diabetes ☐	Hipertensión Arterial ☐
Tabaquismo: Cigarrillos diarios: 3 ó menos ☐ 4 ☐ 5 ó más ☐	Alcoholismo: ☐	Tragos semanales: 3 ó menos ☐ 4 ☐ 5 ó más ☐	Ninguna ☐
Otra (brinde detalles):			
Si antes o después de mi fallecimiento se llegare a comprobar que mi estado de salud no corresponde a lo declarado, la Compañía Aseguradora, definida por CAJASAN y/o quien represente sus derechos, puede proceder de acuerdo con los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. En desarrollo del artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía Aseguradora, para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados incluyendo la posibilidad de obtener copia de la misma. Declaro que la información suministrada es exacta completa y verídica, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o la reticencia en ellas, tendrán las consecuencias establecidas en las condiciones generales de la póliza en las normas que regulan la materia.			
CODIGO: CR - GOC - F001 - VERSIÓN: No.17 Página 1 de 2			

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS: Declaro que mi ocupación económica y de origen de los ingresos que presento en este documento proceden de actividades lícitas y los ejerzo dentro de los marcos legales. **2. DECLARACIONES DE SUMINISTRO DE INFORMACIÓN:** Declaro y acepto que la información suministrada es veraz, que la aprobación del crédito queda sujeta a validación y que esas autorizaciones las imparto desde el instante en que tramite en Cajasan esta solicitud. Me comprometo con Cajasan y/o quien represente sus derechos a informar por cualquier medio que ponga a mi disposición y oportunamente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información, así como a suministrar la totalidad de los soportes documentales exigidos y a actualizar dicha información con una periodicidad como mínimo anual tal como lo establece la ley 1581/2012 art 8. En caso de suministrar información falsa, no verificable, o negarme a actualizar la información, Cajasan y/o quien represente sus derechos podrá por esta causa unilateralmente declarar por terminada la relación comercial y se procederá de conformidad con lo establecido en la ley, documentos y demás normas internas de la Caja. **3. DECLARACIÓN SOBRE TRAMITE DE CRÉDITOS:** a) He sido informado y entiendo que la gestión o asesoría de la solicitud de crédito la debo realizar únicamente con el personal autorizado por Cajasan; en caso de que yo autorice en forma escrita a un tercero para que realice algún trámite de crédito o producto de Cajasan, expresamente declaro que Cajasan no se hace responsable por los costos y perjuicios causados. En caso de existir un excedente en los valores cobrados por Cajasan, conozco que los mismos serán reembolsados en los términos que para dicho trámite aplique la Caja empleado de Cajasan está autorizado para solicitar dinero por la asesoría o gestión de la solicitud de crédito. b) Declaro que me fue informado, conozco, acepto y autorizo voluntariamente a Cajasan para que en caso de aprobación de la presente solicitud de crédito adicione o descuento del valor aprobado el ____ % al momento del desembolso por concepto de intereses a costos administrativos. **4. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA:** a) Autorizo a Cajasan y/o a quien represente sus derechos para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial reporte, consulte, solicite, comparta, procese, aclare, modifique, actualice, retire o divulgue ante las centrales de información financiera o cualquier otra entidad que maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación, extinción, la mora, cumplimiento y el incumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer fruto de cualquier relación financiera o proceso con Cajasan. b) Esta autorización comprende toda la información presente, pasada y futura referente al manejo, estado, cumplimiento de mis relaciones, contratos y servicios, obligaciones y a las deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos o la utilización indebida de los servicios financieros, etc. Todo lo anterior mientras esté vigente y adicionalmente durante el término máximo de permanencia de los datos en las centrales de información financiera de acuerdo con la ley y la jurisprudencia, y con el momento y las condiciones en que se efectuó el pago total de la obligación o relación. c) La utilización faculta no solo a Cajasan para reportar, procesar y divulgar a las centrales de información financiera o cualquier otra entidad encargada del manejo de datos comerciales, datos personales económicos, sino también para que Cajasan pueda solicitar información sobre mis relaciones comerciales con terceros o con el sistema financiero y para que los datos sobre mi reportados sean procesados para el logro del propósito de las centrales y puedan ser de conocimiento con fines comerciales. d) Acepto que los registros permanezcan por los términos previstos en los reglamentos de las respectivas centrales de información financiera (ley 1266/2008 y ley 1581/2012). **5. AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO:** a) Declaro que conozco previamente las condiciones de aprobación del crédito solicitado para poder conocer previamente por el asesor empresarial, agencia, portal web, correo electrónico o telefónicamente y acepto lo establecido en ellas por lo cual autorizo a Cajasan que el desembolso del crédito aprobado a mi nombre sea realizado a la cuenta bancaria indicada por mí y de la cual adjunto certificado o a la entidad financiera u aliados según sea el destino de crédito escogido por mí. En caso de no presentar el certificado de cuenta autorizo a Cajasan para que realice el desembolso por el medio que Cajasan disponga para lo cual me comprometo a cancelar los costos adicionales que se generen de dicha operación. b) Declaro que conozco y acepto, que me haré responsable por la cancelación de los saldos que se encuentren pendientes de las obligaciones a mi cargo. Adicionalmente declaro que conozco y acepto que si el desembolso es realizado los intereses sobre el crédito se cobrarán a partir del desembolso, en consecuencia me obligo a retirar el dinero o producto a partir del momento del desembolso. c) Solicito: Seguro de vida por el valor del préstamo y nombro como beneficiario a Cajasan. **6. AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO AUTOMÁTICO:** a) Autorizo a Cajasan abonar o debitar parcial o totalmente de cualquiera de mis cuentas, depósitos, fondos y/o cuota monetaria pagada por la Caja de Compensación Familiar en que exista saldos a mi favor, el dinero correspondiente a los productos, servicios u obligaciones a mi cargo. b) Autorizo a mi empleador para que de conformidad con lo indicado en el presente documento y en caso de que me sea aprobado el crédito solicitado, deduzca de mi salario y/o liquidación oportunamente y en los tiempos y montos reportados por Cajasan y transfiera dichos valores a la cuenta suministrada por la Caja de Compensación familiar hasta cancelar el valor total de la obligación adquirida. c) Autorizo a Cajasan abonar, debitar, deducir, retener o cargar irrevocablemente de cualquiera de mis cuentas, depósitos, fondos o cuota monetaria pagada por la Caja de Compensación Familiar, todas las comisiones, honorarios, seguros, gastos e impuestos que cause el perfeccionamiento de las operaciones, lo mismo que sus intereses y capital. **7. AUTORIZACIÓN PARA REVERSIÓN DE OPERACIONES:** a) Autorizo a Cajasan para que reverse las transacciones y/o retenga, reintegre, debite o bloquee los recursos que hayan sido acreditados en mi cuenta de manera errónea o fraudulenta por parte de Cajasan u otras entidades financieras. b) Acepto la responsabilidad por la veracidad de la información que suministro para las operaciones en los puntos de recaudo establecidos por Cajasan en las oficinas propias y entidades aliadas, así mismo manifiesto que es mi responsabilidad previo al retiro de los puntos de recaudo que los recibos, timbres y demás documentos generados por estas operaciones contengan la información que he suministrado. **8. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Al diligenciar este documento autorizo a la CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "CAJASAN", ubicada en la CARRERA 27 # 61 – 78 PUERTA DEL SOL de Bucaramanga y con teléfono de contacto 6434444, para que recolecte, almacene, use, circule y/o suprima mis datos personales y los de mis representados, que se capturan en este medio y en sus anexos, incluyendo el consentimiento para tratar datos sensibles y de menores de edad, aun conociendo que no estoy obligado a autorizar su tratamiento. Lo anterior para realizar consultas y reportes a centrales de riesgo, transmitir y transferir mi información nacional e internacionalmente, enviarme notificaciones, ejecutar actividades precontractuales, contractuales o post contractuales, contactarme para adelantar gestiones de cobro y/o enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los canales: llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes SMS, mensajes de aplicación web, correspondencia y visitas a domicilio y demás fines incorporados en la Política de Tratamiento de Información disponible en www.cajasan.com, la cual declaro conocer y saber que en esta se especifican cuáles datos son sensibles. Así mismo, conozco que como titular me asisten los derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos y revocar la autorización. Igualmente declaro que poseo autorización de los otros titulares de datos que suministro, para que la CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR - CAJASAN les dé tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la Política mencionada. a) Consultar, solicitar o verificar información sobre mis datos de ubicación y contacto, los bienes o derechos que poseo o llegar a poseer y que reposaren en las bases de datos de entidades públicas o privadas, o que conozcan personas naturales o jurídicas, o se encuentren en buscadores públicos, redes sociales o publicaciones físicas o electrónicas, bien fuere en Colombia o en el exterior. b) Compilar y remitir a las autoridades fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados y los que serán contratados en el futuro, datos de contacto, movimientos y saldos y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o lavado de activos y financiación del terrorismo, así como aquellas que regulen, modifiquen o sustituyan. c) Grabar llamadas o conversaciones para fines de calidad, confirmación de operaciones y/o probatorios. d) Realizar la gestión de cobranza administrativa, judicial y extrajudicial, así como realizar investigaciones de bienes y localización personal, para obtener el pago de las obligaciones a mi cargo. e) Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o Fiscalía General de la Nación. f) Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo. **9. AUTORIZACIÓN ÚNICA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT.** 1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o Fiscalía General de la Nación. 2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo. **10. AUTORIZACIÓN COBERTURA DEL RIESGO DE CRÉDITO** Autorizo y acepto el cobro derivado de la cobertura otorgada por FGA FONDO DE GARANTÍAS S.A. ("FGA") como mecanismo de cobertura del riesgo de crédito, el cual se efectuará según las condiciones definidas al momento del desembolso, sin que haya lugar a devolución o reintegro por prepago de la obligación crediticia. Declaro conocer que, en caso de incumplimiento de la obligación crediticia, FGA pagará la cobertura conferida al otorgante del crédito, según el porcentaje de cobertura pactado y, en consecuencia, operará a favor de FGA la subrogación legal por activa, permitiendo recuperar el valor pagado, momento a partir del cual se generarán intereses de mora y gastos de cobranza. En consecuencia, reconozco que el pago que llegare a realizar FGA no extingue parcial, ni totalmente mi obligación. Así mismo, manifiesto que: (a) Acepto asumir el pago del valor de la cobertura asociado a la operación de crédito desembolsada por CAJASAN quien será beneficiario para efectos del pago de la cobertura y (b) Acepto que el destinatario final de los recursos será FGA en virtud del mandato de recaudo que tiene el contrato de cobertura de riesgo integral. De igual manera, autorizo de manera previa, expresa e informada a FGA o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor, para que realice cualquier operación o conjunto de operaciones de tratamiento, tales como la recolección, actualización, almacenamiento, administración, uso, circulación, supresión, cotejo, búsqueda, transmisión, transferencia y/o de cualquier manera realice algún tratamiento de mis datos personales, lo cual incluye pero no se limita a datos de identificación, información de contacto, datos demográficos y datos financieros, así mismo, para que informe y reporte a las centrales de información el comportamiento de pago de mis obligaciones crediticias. Así mismo autorizo remitir vía correo electrónico, mensaje de texto, WhatsApp o cualquier otro medio afín, cualquier tipo de información y/o comunicación en el marco de las anteriores finalidades, la Ley 527 de 1999 y en especial, la notificación previa al reporte negativo de que trata el artículo 12 de la Ley 1266 de 2008 y/o cualquier norma que la modifique o adicione. Declaro conocer la política de tratamiento de datos personales de FGA la cual puede ser consultada de manera permanente en la página web: www.fga.com.co **11. AUTORIZACIÓN USO CANALES DE CONTACTO:** al firmar el presente documento autorizo explícitamente a Cajasan y terceros autorizados en representación de Cajasan, para que me contacte con la finalidad de adelantar gestiones de cobro y enviar mensajes publicitarios o comerciales, a través de los siguientes canales que me han sido informados y socializados: correspondencia, visitas a domicilio, correo electrónico, llamada telefónica, mensaje SMS y mensajes de aplicación Web, whatsapp. De igual forma autorizo para que Cajasan me contacte en horarios diferentes a los establecidos en la ley 2300 de 2.023 para realizar cobros o envíos de mensajes comerciales, me contacte a través de números incorporados en el registro de números excluidos y consulte los motivos del incumplimiento de mi obligación financiera si llegara a presentarse. autorizo estos canales. SI _____ NO _____ ¿Cual no autorizo? _____

REQUISITOS GENERALES

Ser afiliado a CAJASAN y estar activo como cotizante.
Vinculación laboral con la empresa según políticas vigentes.
No tener embargos en desprendibles de nómina.
Demostrar capacidad de pago del crédito.
El empleador debe estar al día en el pago de los aportes a la Caja de Compensación.
La empresa debe comprometerse a efectuar la deducción por nómina y estar al día en los pagos de los créditos vigentes. Será una causal de negación, la morosidad manifiesta por parte de la empresa.
No pertenecer a la Ley 1429 del año 2010.
Registrar correo electrónico personal

INFORMACION GENERAL

Todas las líneas de crédito sólo serán desembolsadas a los afiliados activos. En caso de que el trabajador pierda la calidad de afiliado activo se anulará la operación, frente a lo que deberá asumir los gastos en que haya incurrido.

La presentación de esta solicitud no implica compromiso alguno para CAJASAN.

Obtenga más información en: www.cajasan.com

LISTA CHEQUEO

RECEPCION

ARCHIVO

Fotocopia de la cédula de ciudadanía legible o ampliada al 150%, debidamente firmada y con huella dactilar índice derecho. En caso de caso de no contar con huella índice o problema de dermatitis, adjuntar certificado médico. ☐

Certificado laboral indicando: cargo, salario, fecha de vinculación y tipo de contrato; con fecha no superior a 30 días. Si el contrato no es indefinido, preferiblemente especificar la fecha de terminación del mismo. ☐

Comprobante de pago de nómina (2 últimos si la frecuencia de pago es mensual y 4 últimos si la frecuencia de pago es quincenal). ☐

Formato Pagaré firmado ☐

Formato Libranza firmado. ☐

Cotización del servicio si es crédito de alianza o servicio CAJASAN. ☐

Certificación o Extracto bancario emitido por la entidad financiera que indique el número y tipo de cuenta en estado activo del solicitante. ☐

Certificados o extractos de las obligaciones por las obligaciones a recoger (Aplica para destino compra de Cartera) ☐

Documentos indicados por el asesor: ☐

OBSERVACIONES:

Firma: _____
No. Documento _____ de _____

Nombre Completo: _____
Sucursal / Agencia: _____

Fecha: _____ Hora: _____