PAGARÉ DE CONVENIOS

Ciudad: _____ Fecha: _____

FORMATO DE SOLICITUD DE CONVENIOS

Nombres y Apellidos del Asociado _____

Documento No. _____ Expedido en: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono _____

Autorizo de manera expresa e irrevocable a FEDANE. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las centrales de información financiera.

Lo anterior implica que mi comportamiento presente y pasado frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y a adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a está, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable, en especial por las normas legales y la jurisprudencia, los cuales contienen mis derechos y obligaciones, que, por ser públicos, conozco plenamente.

Autorizo expresamente al pagador de la respectiva entidad donde labore, para que sea descontado de mi salario, compensaciones fijas y variables, primas semestrales, primas de navidad, bonificación por servicios, vacaciones, demás primas y prestaciones sociales el valor correspondiente a las cuotas de los diferentes servicios adquiridos con FEDANE. De igual forma autorizo para que en caso de retiro o desvinculación como empleado o trabajador asociado de mi entidad pagadora, se descuente de la liquidación definitiva de contrato o acuerdo cooperativo, el saldo existente en mis obligaciones en el Fondo hasta el monto que alcance a cubrir. La anterior autorización aplica cuando he seleccionado como forma de pago el descuento por nómina y cuando a pesar de haber seleccionado por caja, presente quince (15) días o más en mora en el cumplimiento de mis obligaciones. Certifico que la información suministrada en el presente documento es veraz, me comprometo a actualizarla en caso de requerirlo y autorizo a FEDANE para que la administre y utilice para fines de envío de información, promoción de los servicios y en los demás procesos internos del Fondo de Empleados, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de privacidad que puedo consultar en la página de internet.

1. Certifico que conozco de manera explícita los servicios que solicito, por lo que acepto sus condiciones y reglamentación vigentes.
2. Manifiesto que he entendido y diligenciado de manera voluntaria y veraz, toda la información contenida en la presente solicitud.

Nombres y Apellidos del Asociado _____

_____

_____

Firma