

Favor llenar a máquina o letra impresa

Día	Mes	Año

## Datos del solicitante

Nombres y Apellidos   
 Doc. de identidad  C.C.  C.E.  Otro  No.  Lugar de expedición   
 Dirección Residencia   
 Barrio  Ciudad  Tel. Fijo  Celular   
 Correo electrónico

## Para uso exclusivo de Cajacopi

Empresa   
 Nit.  Tiempo de Servicio   
 Tipo de contrato: Fijo  Indefinido  Vencimiento del contrato   
 Nombre de quien confirma los datos

## Requisitos por una sola vez

1. LA EMPRESA DONDE LABORA EL SOLICITANTE SI ES NUEVA DEBE TENER POR LO MENOS TRES MESES DE PAGO AL DIA DE APORTES CON LA CAJA.
2. SE DEBE DILIGENCIAR COMPLETAMENTE ESTA SOLICITUD SIN ENMENDADURAS.
3. FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%

### 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del deudor solidario  
C.C.

## Declaración y autorización

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TODA LA INFORMACION AQUÍ CONSIGNADA ES CIERTA Y VERAZ, IGUALMENTE AUTORIZO VOLUNTARIA E IRREVOCABLEMENTE A LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO PARA VERIFICAR, CONSULTAR Y REPORTAR EN LAS FUENTES DE INFORMACION Y CENTRALES DE RIESGO QUE CONSIDERE NECESARIO, LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SOLICITUD Y EL ESTADO DE NUESTRAS OBLIGACIONES Y PARA OBTENER REFERENCIAS DE NUESTRO COMPORTAMIENTO COMERCIAL Y CREDITICIO Y CUANDO LO CONSIDERE EL CASO, INFORMAR DE NUESTRO 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 NUESTRA CORRECTA O DEFICIENTE UTILIZACION DEL CREDITO. IGUALMENTE DECLARO CONOCER LOS REGLAMENTOS Y REQUISITOS DEL CREDITO, AUTORIZO A LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO QUE EN CASO DE NO SER APROBADO ESTE CREDITO O DE SER CANCELADO EN SU TOTALIDAD, NO DEVUELVA LOS DOCUMENTOS SINO QUE SEAN DESTRUIDOS. DE IGUAL MODO AUTORIZO A LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO A DESCONTAR LA TOTALIDAD DE LA 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 COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO, INCLUYENDO GASTOS LEGALES E INTERESES CORRIENTES Y POR MORA. IGUALMENTE AUTORIZO A LA EMPRESA EN QUE LABORO A DESCONTAR DEL SALARIO QUE DEVENGO Y DE LAS PRESTACIONES SOCIALES PEDIENTES POR PAGAR EL VALOR DE MIS OBLIGACIONES CON LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO, EN LOS MONTOS QUE ESA ENTIDAD LE REPORTE A LA EMPRESA EN QUE TRABAJO, EN EL CASO DE PERDER POR CUALQUIER RAZON EL DERECHO A RECIBIR CUOTA MONETARIA DE SUBSIDIO FAMILIAR O DE TERMINAR MI CONTRATO DE TRABAJO CON LA EMPRESA.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Huella Índice derecho

\_\_\_\_\_  
Nombre de quien autoriza el crédito  
en Cajacopi

\_\_\_\_\_  
Firma de quien autoriza el crédito  
en Cajacopi

\_\_\_\_\_  
Firma de la empresa

## 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