



Fondo de Empleados de Sodimac Colombia
Nit. 830.044.132-4
PBX 390 4120
Cra 68D No. 80-70 Bogotá, D.C.

AUTORIZACIÓN PARA EL CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS

CONSUMO NO.

Fecha y ciudad de diligenciamiento:

DD MM AAAA

Coordinador:

INFORMACIÓN BÁSICA DEUDOR PRINCIPAL

Nombres y apellidos completos:		Tipo de documento: <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de documento:
Almacén:	Número de celular:	E- mail:	Salario:

INFORMACIÓN BASICA DEUDOR SOLIDARIO

Nombres y apellidos completos:		Tipo de documento: <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de documento:
Almacén:	Número de celular:	E- mail:	Salario:

CONSUMO AUTORIZADO

<input type="checkbox"/> Parques - Cine - Spa - Turismo <input type="checkbox"/> Tecnología - Almacenes - Accesorios <input type="checkbox"/> Cursos - Academias <input type="checkbox"/> Alimentos - Snacks <input type="checkbox"/> SOAT <input type="checkbox"/> Odontología - Gimnasios - Optometría <input type="checkbox"/> Otros	PROVEEDOR _____	Valor a solicitar: \$ _____
	DESCRIPCIÓN _____	Plazo: _____ Tasa de Interés (NMV): _____
		Valor cuota fija: \$ _____

CONSUMO AUTORIZADO DESCUENTO CONTINUO

<input type="checkbox"/> Asistencia medica domiciliaria <input type="checkbox"/> Póliza (vehículo - vida - hogar - bicicletas) <input type="checkbox"/> Plan complementario de salud <input type="checkbox"/> Otros	PROVEEDOR _____	Valor mensual a descontar: \$ _____
	DESCRIPCIÓN _____	

Autorizo el descuento por nómina mensual de manera indefinida, aceptando: la renovación y cambios en las tarifas de acuerdo a las negociaciones anuales que realice Fonsodi con cada proveedor, y en caso de presentar mora, desvinculación del fondo y/o expresar de manera voluntaria mi decisión de no continuar con la cobertura, autorizo la cancelación de las asistencias, pólizas y/o convenios de servicios que estén a mi nombre. *Fonsodi se reservara el derecho de aprobar una cancelación de póliza hogar, auto y/o motocicleta cuando constate la cobertura en créditos con garantías reales constituidas en el fondo que no estén a paz y salvo.

TELEFONÍA CELULAR

OPERADOR <input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Tigo <input type="checkbox"/> Movistar <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de celular _____	Valor mensual del plan: \$ _____
	Descripción del plan _____	Serial de la Sim Card (\$5.000): _____

Autorizo el descuento por nómina del cargo fijo mensual por valor de \$ _____ y cualquier servicio adicional que no esté incluido dentro del plan de la línea _____ del operador _____.

Cesión de línea: Cuando cancela la línea con FONSODI sea por retiro de empresa o voluntario se realizará el traspaso de la línea al asociado con un plan pospago básico de acuerdo al formato firmado en el momento de la solicitud inicial.

Disminución de plan: La línea que se active con Fonsodi podrá disminuir su cargo fijo mensual (plan) cada 6 meses asumiendo el valor de \$15.000 pesos.



Fondo de Empleados de Sodimac Colombia
Nit. 830.044.132-4
PBX 390 4120
Cra 68D No. 80-70 Bogotá, D.C.

SOPORTE AUTORIZACIÓN DE CONSUMO

CONSUMO NO.

Nombres y apellidos completos:		Tipo de documento: <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Otro _____	Número de documento:
Almacén:	Servicio aprobado:	Fecha: DD MM AAAA	Valor aprobado: \$ _____

REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Autorizo expresa e irrevocablemente a FONSDODI a reportar, procesar, solicitar y divulgar a la central de información del sector financiero o cualquier otra entidad que maneje o administre base de datos con los mismos fines, toda la información referente a mí (nuestro) comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad. Lo anterior implica que el cumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos donde se consignen de manera completa, todos los datos referentes a mí (nuestro) actual y pasado comportamiento de mí (nuestras) obligaciones frente a FONSDODI. De conformidad a lo establecido en el artículo 1° de la ley 2157 de 2021 (mediante la cual modifica y adiciona la ley estatutaria 1266 de 2008), la notificación previa al titular podrá efectuarse a través de mensaje de datos y/o al correo electrónico que para el efecto suministre a la entidad solidaria.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Autorizo expresamente al pagador de SODIMAC COLOMBIA y/o FONSDODI y/o cualquier otro pagador _____ para que de conformidad con el artículo 56 del Decreto 1481 de 1989, Ley 920 de 2004, artículo 150 del código sustantivo del trabajo y demás disposiciones que regulan la materia, retengan del salario las cuotas cuyo monto se establece de acuerdo a la relación de descuento que Fonsodi, enviará en forma periódica. Los descuentos a efectuar serán a partir de la fecha en que diligencie mi solicitud de ingreso a Fonsodi hasta la cancelación total de las obligaciones adquiridas a la fecha y las que adquieran en el futuro a mi cargo y a favor de Fonsodi. Igualmente autorizo a Fonsodi para que si por cualquier motivo o circunstancia me desvinculo laboralmente de Sodimac y/o Fonsodi _____ antes de haber cancelado la totalidad del préstamo en mención se descunte por nómina el valor del saldo mismo, de lo que pudiere corresponder por salarios, prestaciones sociales, compensación de vacaciones beneficios o primas legales y extralegales, indemnizaciones y general por cualquier acreencia laboral a que tenga derecho. *Es entendido que en el evento de no efectuarse el descuento por nomina conforme a la autorización de descuento por nomina, me obligo a realizar los pagos mensualmente de dichas cuotas en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta corriente que se me indique. Para los efectos anteriores declaro que me obligo a cumplir estrictamente los mandatos y disposiciones estatutarias y reglamentarias vigentes, así como los que en el futuro dicten los organismos competentes de FONSDODI. *Acepto y me comprometo a efectuar el pago de aportes sociales individuales periódicos, ahorrar en forma permanente y pagar las cuotas que por Asamblea general sean aprobadas. *Autorizo a FONSDODI para actuar por cuenta y riesgo mío como mandatario de pago, para cubrir mis obligaciones que adquiera por convenios relacionados con la adquisición de bienes y/o servicios recibidos de terceras personas, naturales o jurídicas en mi beneficio y/o de mi grupo familiar, por lo tanto, libero a FONSDODI de cualquier responsabilidad que se genere de esos negocios.

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Autorizo a FONSDODI a través de este documento, a girar el valor total del servicio prestado por el Proveedor, esto conforme a la solicitud de autorización del pago y/o financiamiento del servicio que directamente tramité ante FONSDODI. **Indemnidad:** El Proveedor, los asociados y sus familias, mantendrán indemne a FONSDODI contra todo reclamo, demanda, acción legal y costo que pueda causarse por daños o perjuicios a terceros, durante la ejecución del objeto del convenio comercial. Se consideran como hechos imputables al Proveedor, asociados y familiares, todas las acciones u omisiones y en general cualquier incumplimiento de sus obligaciones contractuales para con los tomadores de planes turísticos u otros de esta índole. **Parágrafo primero:** La adquisición y prestación de los servicios ofrecidos por el Proveedor, serán prestados directamente por este, sin que en ningún caso FONSDODI tenga injerencia alguna en la compra venta de dichos servicios entre el asociado y la agencia, marca o empresa proveedora del bien o servicio. **Parágrafo Segundo.** El asociado reconoce y asiente que FONSDODI es un simple intermediario respecto de los servicios que con autonomía e independencia presta el proveedor y por tanto no tiene injerencia ni responsabilidad alguna FONSDODI ante cualquier irregularidad y/o anomalía que se detecte en la referenciada prestación del servicio, pues el único objetivo del Fondo de Empleados es realizar convenios y gestiones comerciales en pro y en beneficio de sus asociados.

PAGARÉ N° _____

Yo (nosotros), mayor(es) de edad, identificado(s) como aparece al pie de mí (nuestra) firma, quien(es) en adelante se (nos) denominará (denominaremos) el DEUDOR(ES), por medio el presente pagaré hacemos constar que nos obligamos a pagar incondicionalmente, Que me (nos) obligo (amos) a pagar a la orden del FONDO DE EMPLEADOS DE SODIMAC COLOMBIA "FONSDODI" identificado con el NIT. No. 830.044.132-4, o su cesionario o quien represente sus derechos y quien en lo sucesivo seguirá denominándose FONSDODI, en forma incondicional, indivisible y solidaria la suma de _____ (\$))M/cte., que de dicha empresa he recibido a título de mutuo, el día _____ () del mes de _____ del año _____. En caso de mora, pagare intereses a la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia en la fecha de vencimiento de la obligación. Todos los gastos e impuestos que ocasionen este título valor serán de mi cargo, así como los gastos de cobranza, incluidos los honorarios de abogado que se adeuden por todo concepto. FONSDODI podrá declarar vencido el plazo estipulado y exigir inmediatamente el pago total de la obligación, más los intereses y los demás costos, en los siguientes Casos: A) Por mora en el pago de las obligaciones contenidas en el presente pagare, o por mora en el pago del capital o los intereses o cualquier obligación que directa o indirectamente, conjunta o separadamente tenga para con FONSDODI. B) Si en forma conjunta o separada fuéramos perseguidos judicialmente por cualquier persona y en ejercicio de cualquier acción. C) Por giro de cheques en favor de FONSDODI sin provisión de fondos, o devueltos por cualquier causa. D) La mera ampliación del plazo o la conversión de otro pagare no constituye novación, ni libera las garantías constituidas en favor de FONSDODI. Autorizo a FONSDODI para que con fines de verificación de mi información y de funcionamiento acuda a las centrales de Riesgo solicite informes y obtenga reportes, así como reporte mi comportamiento crediticio en las diferentes centrales de información legalmente constituidas en el país. Los gastos originados en el impuesto de timbre, de llegarse a ocasionar, correrán por mi parte. Renuncio a los requerimientos para ser constituidos en mora.

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA LLENAR PAGARÉ

Señores

FONDO DE EMPLEADOS SODIMAC COLOMBIA "FONSDODI"

Acreedor

Por la presente autorizo para llenar los espacios que han quedado en el pagaré número _____ que he firmado en la fecha en favor de ustedes y del cual le hago entrega con el fin de hacerlo negociable. El pagare podrá ser llenado por ustedes a su orden, por todo concepto que les adeudemus y en particular por la utilización de los créditos que, por cualquier origen, financiación o refinanciación, hayamos de forma conjunta o individual, contratado y utilizado con FONSDODI. Los espacios relacionados con la fecha de vencimiento, capital, intereses y, tasa de interés, se deben llenar acorde con las siguientes instrucciones: 1). Para llenar el pagare, FONSDODI, no requiere darme aviso, ni intentar requerimiento previo alguno. 2). FONSDODI, llenará el pagare en el evento que llegare a incumplir o retardar el pago de cualquiera de las deudas que deba cubrir por concepto crédito y/o consumo, bien sea, de forma conjunta, individual o separadamente con dicha empresa. 3). La cuantía del pagare será el monto de lo adeudado por concepto de las aprobaciones de crédito y/o consumo efectuadas por FONSDODI, así como por cualquiera de los créditos y/o consumos citados en el numeral anterior. 4). La fecha de vencimiento del pagare será la misma en la cual se presente el primer incumplimiento de la obligación que debo cumplir por el crédito y/o consumo concedido por FONSDODI. 5). La tasa de interés de mora que devengaran las obligaciones instrumentadas en el pagare, corresponderá a la máxima legalmente permitida por la Superintendencia Financiera en el momento del diligenciar el pagaré. Las anteriores instrucciones la doy de acuerdo con lo normado en el artículo 622 del código de comercio y declaro conocer las mismas enteramente, como quiera que he recibido copia de las mismas.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del solicitante

Nombres y apellidos completos:

C.C. _____

HUELLA

Firma del deudor solidario 1

Nombres y apellidos completos:

C.C. _____

HUELLA

Este formato es de uso exclusivo de Fonsodi para el cobro, por parte de los proveedores, de los consumos realizados por los asociados.

Esta autorización tiene validez únicamente por el valor de consumo realizado y diligenciado en el mismo.

Para radicar la cuenta de cobro se debe anexar el original de esta autorización, junto con la factura emitida al asociado y demás soportes a que haya lugar.

Las facturas emitidas a los asociados deberán indicar claramente las condiciones de las garantías y estar formadas como soporte de recibido.

Fonsodi no se hará responsable de consumos realizados por los asociados que no tengan en esta autorización la firma y sello del asesor comercial de servicios.

Las garantías de los servicios y/o productos vendidos a los asociados serán responsabilidad plenamente de los proveedores, ya que Fonsodi solo actúa como medio de pago.

Firma asociado

Firma asesor comercial

Sello Autorizado