



LABCOOPE
800.105.142-1

SOLICITUD DE SERVICIO DE CRÉDITO

RADICACIÓN:	FECHA:	DÍA	MES	AÑO
-------------	--------	-----	-----	-----

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

VALOR SOLICITADO \$	LÍNEA DE CRÉDITO	PLAZO DE CRÉDITO	UNIFICACIÓN CRÉDITOS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
------------------------	------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Forma de desembolso deseada (Si más de una especificar en observaciones). Para abono en cuenta el solicitante debe ser el titular •

- Abono en mi Cuenta No. _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente
- Nombre de la entidad Financiera _____ que actualmente tengo con Coopevogue
- Unificación de Créditos Si No Giro para cancelación del saldo de crédito No. _____
- Destinación del Crédito _____

INFORMACIÓN BÁSICA DEL ASOCIADO

NOMBRE(S) _____	PRIMER APELLIDO _____	SEGUNDO APELLIDO _____
TIPO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	NO. DE IDENTIFICACIÓN _____	CIUDAD DE EXPEDICIÓN _____

LOCALIZACIÓN

DIR. RESIDENCIA _____	BARRIO _____	TELÉFONO: _____	CIUDAD: _____
DIR. OFICINA _____	BARRIO _____	TELÉFONO: _____	CIUDAD: _____
CELULAR: _____	E-MAIL _____		

ACTIVIDAD LABORAL

EMPLEADO	ÁREA _____	FECHA DE INGRESO •
NOMBRE DE LA EMPRESA _____	•	
CARGO _____	TIPO DE CONTRATO: FIJO <input type="checkbox"/> INDEFINIDO <input type="checkbox"/> PRESTACIÓN DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> PENSIONADOS <input type="checkbox"/>	DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Autorizo expresamente a Labcoope para contactarme, enviarme información, notificaciones y comunicados vías mensajes de texto, llamadas al teléfono fijo o celular, comunicaciones escritas o correos electrónicos; así mismo que he sido informado que Labcoope actuará, como el responsable del tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención al asociado 320 304 2639 en su domicilio principal, en la página web: www.labcoope.com - cooperativacoopevogue@gmail.com, la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de los derechos mencionados en esta autorización. (Ley 1581 de 2012 y decreto 1377 de 2013).

- Nombre Solicitante _____
- Firma Solicitante _____
- Cédula _____
- Dirección Residencia _____
- Teléfono _____



Nombre Deudor Solidario (1)

Firma Solicitante _____
Cédula _____
Dirección Residencia _____



Nombre Deudor Solidario (2)
Firma Solicitante _____
Cédula _____
Dirección Residencia _____
Teléfono _____



Teléfono _____

Teléfono _____



LABCOOPE
800.105.142-1

Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de Cosméticos y Filiales

"LABCOOPE"

800.105.142-1



PAGARE A LA ORDEN

Ciudad _____ Fecha _____ de _____
Pagare- Libranza No. _____

De _____, persona(s) mayor(es) de edad, identificado(s) al pie de mi (nuestra) correspondiente firma(s), en pleno uso de mi (nuestra) capacidad, psíquica y mental, apto(s) para negociar, contraer obligaciones y en mí(nuestra) calidad de asociado(s), deudor(es) solidario(s), acepto(amos) y pagaré(mos), incondicionalmente a la orden de la **COOPERATIVA DE TRABAJADORES DE LABORATORIOS DE COSMÉTICOS Y FILIALES LABCOOPE**, con domicilio en _____ o a quien represente sus derechos, la suma de _____

que tenemos recibida de dicha entidad a nuestra entera satisfacción, a título de mutuo, de conformidad a las siguientes cláusulas: **PRIMERA: FORMA DE PAGO.** La suma anteriormente mencionada será cancelada: sera cancelada en _____, en _____ cuotas, _____ y en forma consecutiva, cada una por valor de _____ a partir del _____ de _____ y así sucesivamente hasta su cancelación total.

SEGUNDA: El no descuento de una cualquiera de las cuotas por parte de la Pagaduría, no exonera la obligatoriedad de (los) deudor(es) solidario(s) de cancelar directamente en la caja de la Cooperativa, la cuota o cuotas dejadas de percibir. **TERCERA CLAUSULA ACCELERATORIA:** En el evento en que deje(mos) de pagar una o mas cuotas a favor de _____. Se

dará por extinguido el plazo haciéndose exigible el pago total de la obligación o de los saldos insoluto, así como el cobro de los intereses moratorios a la tasa máxima certificada por la Superintendencia de Financiera de Colombia, desde la fecha de incumplimiento hasta el pago total de la obligación a título de sanción pecuniaria. **CUARTA:** En el evento de cobro judicial o extrajudicial, los gastos de cobranza, honorarios de abogado y las costas judiciales serán a cargo del (los) deudores) solidario(s). **QUINTA AUTORIZACIÓN:** Señor Pagador _____, yo (nosotros) como asociado(s) deudor(es) solidario(s) solicito(ámos) a usted de manera expresa e irrevocable, se sirva descontar de conformidad con la literalidad del presente título valor, de mi(nuestro) sueldo, salario, pensión o honorarios que devengo(amos) y pagar a la orden de la COOPERATIVA LABCOOPE, o quien represente sus derechos, la suma arriba indicada.

SEXTA: Nos obligamos a cancelar las primas de seguro de vida de deudores en los términos, plazos y demás condiciones establecidas por la póliza colectiva contratada por la Cooperativa, la cual declaramos conocer. Igualmente nos comprometemos a constituir y mantener vigentes las pólizas correspondientes que protejan los bienes sobre los que hemos constituido garantía real. En caso de existir mora en las primas del seguro correspondiente, y que la Cooperativa las lleve a cancelar, nos obligamos a reintegrarle las sumas respectivas, así como sus intereses, sin que lo anterior implique obligación alguna para la Cooperativa de atender dichos pagos. **SEPTIMA:** La solidaridad de los deudores subsiste para todas las obligaciones derivadas de este pagare, aun en caso de prorroga o de modificación de los términos de este instrumento, ya sea que se refieran a todos los obligados, o solamente a alguno de ellos. **OCTAVO:** Que además de nuestra responsabilidad personal y sin perjuicio de las demás garantías que fueren pertinentes, para garantizar este préstamo y sus intereses, así como cualquier suma que salga a deber a LABCOOPE, PIGNORAMOS a favor de la misma nuestras prestaciones sociales, legales y extralegales mas pensión, salarios, honorarios \ en general cualquier suma que percibamos con motivo de nuestra vinculación contractual con la entidad donde trabajemos o seamos pensionados, e igualmente nuestros aportes que tengamos como asociados en LABCOOPE. Así mismo AUTORIZAMOS al FONDO DE PENSIONES, donde se encuentran consignadas nuestras pensiones, a fin de que descuento de la misma, con destino al pago de la deuda y los intereses ocasionados y a LABCOOPE, para que efectúe directamente dicho trámite sin necesidad de autorización expresa por parte mía(nuestra), solo con la presente autorización. **NOVENO:** En caso de fallecimiento y al no tener respaldo del seguro de vida, autorizo al Señor pagador de la entidad donde estamos pensionados para que descuento de mi pensión, sueldo, honorarios, prestaciones sociales, los montos adeudados a favor de LABCOOPE **DECIMO** En caso de cambio patronal autorizamos a LABCOOPE salarios, pensión, horarios y prestaciones sociales. **DÉCIMO PRIMERO:** En caso de acogerme a la ley de insolvencia económica autorizo en forma directa mi retiro, cruce de saldo a favor, contra las deudas y toma o traslado de las garantías reales o personales. **DÉCIMO SEGUNDO:** Los suscritos codeudores nos comprometemos solidariamente en términos del deudor y autorizamos al señor pagador de la entidad, donde trabajamos para que descuento del sueldo o de nuestras prestaciones de la misma forma que al deudor para el caso en que el deudor no pague o no pueda pagar a obligación contraída con este documento. **DÉCIMO TERCERO** Autorizo(amos) a LABCOOPE anular o destruir este pagare una vez haya cesado la obligación que respalda.

- Nombre Solicitante _____
- Firma Solicitante _____
- Cédula _____
- Dirección Residencia _____
- Teléfono _____



Nombre Deudor Solidario (1)

Firma Solicitante _____
Cédula _____
Dirección Residencia _____
Teléfono _____



Nombre Deudor Solidario (2)
Firma Solicitante _____
Cédula _____
Dirección Residencia _____
Teléfono _____





LABCOOPE
800.105.142-1

Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de Cosméticos y Filiales

" LABCOOPE "

800.105.142-1

**AUTORIZACIÓN PARA LLENAR LOS ESPACIOS
EN BLANCO DEL PAGARE No. _____**

Bogotá D.C., _____

Señores
COOPERATIVA LABCOOPE
Ciudad

Yo(nosotros) _____ y _____, mayor(es) de edad, identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestra) correspondiente(s) firma(s), actuando en nombre propio, de conformidad con lo establecido en el artículo 622 del Código de Comercio, manifiesto(amos) que AUTORIZAMOS de manera permanente e irrevocable a la COOPERATIVA, para llenar los espacios en blanco del pagare No. _____ que he(mos) suscrito a su favor el día _____, la resiente autorización:

1. Podrá ser diligenciado en el momento en que presente(mos) mora en el pago de cualquier suma, que por concepto de capital, e intereses adeude(mos) a la COOPERATIVA, con respecto al pagare No. _____ suscrito el día _____.
2. La cuantía será igual al monto de todas las sumas que por los conceptos mencionados en el literal primero le este(mos) adeudando a la COOPERATIVA.
3. La fecha de vencimientos será la del día en que se inicie la mora.
4. Los intereses remuneratorios y de mora serán los máximos que las autoridades competentes permitan cobrar.
5. El pagaré No. _____. Será exigible y prestara mérito ejecutivo sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial a los cuales renuncio(amos) expresamente.
6. El espacio de la fecha de pago de la primera cuota.
7. El valor del pagare será equivalente a las sumas que adeude(mos) a la COOPERATIVA LABCOOPE, directa o indirectamente por concepto de todos los saldos a mi(nuestro) cargo en razón a la utilización de los servicios de la COOPERATIVA LABCOOPE.
8. En caso de incumplimiento, autorizamos al acreedor reportas a centrales de riego sin necesidad de comunicado.

Manifiesto(amos) expresamente que conocemos el contenido de la carta de instrucciones y el pagare, en constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ () días de _____

Atentamente,

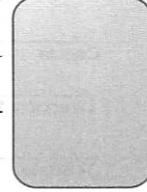
• Nombre Solicitante _____
• Firma Solicitante _____
• Cédula _____
• Dirección Residencia _____
• Teléfono _____



Nombre Deudor Solidario (2)
Firma Solicitante _____
Cédula _____
Dirección Residencia _____
Teléfono _____

Teléfono _____

Nombre Deudor Solidario (1)
Firma Solicitante _____
Cédula _____
Dirección Residencia _____
Teléfono _____





Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de Cosméticos y Filiales

"LABCOOPE"

800.105.142-1

LABCOOPE
800.105.142-1

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA Y REPORTE EN LAS CENTRALES DE RIESGO

_____ actuando en nombre propio y titular de la información, de manera libre y voluntaria, autorizo de forma expresa, e irrevocable y suficiente a la COOPERATIVA _____ y/o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro cualquier título la calidad de acreedor, para que con ocasión a sus servicios y en general cualquier tipo de obligación contraída hasta la fecha o que se contraiga en adelante, pueda consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor; mi capacidad de pago; o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito.

Así mismo, de reportar a las centrales de información de riesgo, datos, tratados o sin tratar, sobre el cumplimiento oportuno como también el incumplimiento, si llegare a existir, con respecto a mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales, de tal forma que la COOPERATIVA _____, deberá presentar una información veraz, transparente, segura, pertinente, completa y exacta de mi desempeño como deudor.

La presente autorización estará vigente por el tiempo que subsista la relación comercial entre las partes y/o exista obligación insolada a mi cargo. Así mismo, autorizo a las centrales de información, actuando en su calidad de operador para que ponga a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, mi información en los términos establecidos por la Ley.

Teniendo en cuenta lo anterior reitero mi autorización de manera libre, voluntaria, previa y explícita, informada, e inequívoca a la COOPERATIVA _____ para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, de conformidad a la Ley 1581 de 2012 y para los fines legales, contractuales, comerciales a que haya lugar.

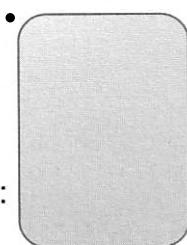
Declaro que he leído y comprendido a cabalidad el contenido de la presente autorización expresa y acepto la finalidad en ella descrita y las consecuencias y alcances que se deriven de la misma, así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponderán a lo determinado por la Ley.

• Se firma en _____, el _____ de 20_____

• Firma: _____

• Nombre completo: _____

• Identificación: _____



Huella:

Autorizamos expresamente a Labcoope la destrucción del pagaré a su cancelación o en caso la Cooperativa considere que no existen obligaciones pendientes de pago de parte nuestra, de conformidad. Con el código de comercio.



LABCOOPE
800.105.142-1

Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de Cosméticos y Filiales

"LABCOOPE"

800.105.142-1

LIBRANZA A LA ORDEN

Ciudad: _____ Fecha: _____ de _____

Valor Préstamo: _____

(\$ _____) Valor Interés: \$ _____ Valor Total: _____

Línea: _____ (_____) Cuotas Quincenales ó mensuales de (\$ _____)

Tasa de Interés: _____

Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, me obligo a pagar incondicionalmente, solidaria e indivisiblemente en dinero efectivo a **LABCOOPE**, la cantidad de: _____ \$ _____

en cuotas quincenales ó mensuales sobre saldos de _____ (\$ _____),

por concepto de mutuo préstamo en dinero, bienes y servicios que me han aprobado, el cual he recibido a completa satisfacción, para el pago de esta obligación a conformidad con lo dispuesto en la legislación nacional sobre: Cooperativismo Laboral, Comercial y demás disposiciones vigentes que regulen la materia, voluntariamente autorizo de manera irrevocable amplia y suficiente a la pagaduría de _____ para que se me descuento del sueldo, salario, honorarios, retiro de la empresa, pensiones de jubilación, bonificación, primas, auxilios de cesantías, prestaciones sociales, regalías, etc.; que recibo de la citada entidad. dicha la suma, la cancelaré de acuerdo con el plan de pago anexo al presente pagaré, dicho plan de pagos será alterado automáticamente en el momento que se presenten, retrasos en las cuotas pactadas, abonos extraordinarios, o cualquier tipo de novación o reestructuración del crédito en la mención. El plan de pagos queda inicialmente pactado a partir de _____ de 20____ y hasta _____ de 20____.

Fecha de expiración del plazo pactado, para la cancelación en la fecha exacta de vencimiento del valor adeudado; en caso de incumplimiento en el pago de la obligación pagaré intereses moratorios a la tasa máxima permitida sobre saldos de capital, cuando no se haga efectiva la deducción de las cuotas mensuales por cualquier causa, podrán ejercitarse las acciones judiciales necesarias para su cobro, de acuerdo con lo dispuesto por la ley. Declaro excusados el protesto del presente título para los efectos del Artículo 697 del C. de Comercio.

En caso que por disposición legal y reglamentaria se autorice cobrar intereses superiores a los previstos en este Pagaré-Libranza, tanto ordinarios como de mora, desde ahora me obligo a pagar la diferencia que resulte a mi cargo por dicho concepto, de acuerdo con las nuevas disposiciones y autorizo a UPTC para reajustarlos automáticamente. Se pacta expresamente que los intereses pendientes producirán intereses en los términos del artículo 886 del C. de Comercio. Lo anterior implica la obligación de cancelar dichas cuotas por parte de **LABCOOPE**. Todos los gastos e impuestos que cause este título-valor serán a mi cargo, lo mismo que los honorarios del abogado y las costas del cobro si diera lugar a este. En caso de muerte del otorgante, **LABCOOPE** queda con el derecho de exigir la totalidad de crédito a uno cualquiera de los herederos, sin necesidad de demandarlos a todos. Así mismo **LABCOOPE** queda autorizado para cargar en cualquier cuenta o para debitar de cualquier suma que tenga a mi favor en esta Entidad el valor de este Pagaré-Libranza de y, además, poder declarar vencido su plazo y exigir anticipadamente el pago inmediato del mismo, más los Intereses, costas y demás accesorios, en cualquiera de los siguientes casos: a) Mora en el pago de capital o de los intereses de cualquiera de las cuotas detalladas en el plan de pago pactadas en Este título-valor o de cualquier obligación



Cooperativa de Trabajadores de Laboratorios de Cosméticos y Filiales

"LABCOOPE"

800.105.142-1



LABCOOPE

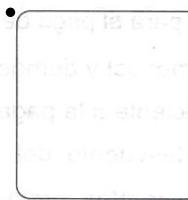
800.105.142-1

LABCOOPE

que directa o indirecta, conjunta o separadamente tenga para con LABCOOPE; b) Si los bienes del otorgante son embargados o perseguidos por cualquier persona en el ejercicio de cualquier acción. c) El giro de cheques sin provisión de fondos; d) muerte del otorgante; e) El hecho de que el obligado por este título solicite o le sea iniciado proceso de concordato preventivo, concurso de acreedores, liquidación administrativa o judicial, etc.; f) Si el obligado comete inexactitud en balances, informes, declaraciones o documentos que presente a LABCOOPE;; g) Si los bienes dados en garantía se demeritan, son gravados, enajenados, en todo en parte o dejan de ser garantía suficiente; h) Mala o difícil situación económica del otorgante Calificada por el tenedor legítimo de este título valor; i) En los demás casos de la ley, se hace constar que la solidaridad en indivisibilidad subsiste en caso de prórroga, renovación, Reestructuración, o de cualquier modificación aunque se pacte con un solo deudor.

Acepto cualquier endoso, cesión o traspaso de este título-valor hicieren a cualquier persona natural o jurídica.

• **Firma:** _____



HUELLA

• **Nombre de deudor:** _____

• **C.C.:** _____ de _____ Celular: _____

• **Dir. Residencia:** _____

• **Tel. Residencia:** _____ Tel. Oficina: _____

LABCOOPE