## FORMULARIO - Solicitud Alivio por C-19

0

Valor Hipoteca:



**Tipo Solicitante** PERSONA NATURAL **Tipo Deudor Deudor Principal** Fecha Solicitud Tipo y Número de identificación CEDULA DE CIUDADANIA N° 1014268406 03/07/2020 DATOS DE LA OPERACIÓN DE NORMALIZACIÓN **Tipo Alivio** Nro. Periodos PERIODO DE GRACIA 283474800 - FINCOEDUCAR INFORMACIÓN BÁSICA **Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido** Segundo Apellido **SEBASTIAN** CAMILO **PUERTO ARAQUE Fecha Nacimiento** Lugar de Nacimiento Fecha Expedición Lugar de Expedición Género **Documento Documento** 24/07/1995 BOGOTA D.C. (D.C) M 13/08/2013 BOGOTA D.C. (D.C) Dirección Residencia **Barrio Residencia NORMADIA** CARRERA 74 B # 47-73 Número Celular 1 Ciudad Teléfono Residencia BOGOTA D.C. (D.C) 3042453 3042453113 Correo Eletrónico Número Celular 2 (WhatsApp) SECAPUAR@HOTMAIL.COM Teléfono Fijo Cónyuge Nombres y Apellidos Cónyuge Número Celular Cónyuge **ACTIVIDAD ECONÓMICA Actividad Económica Principal EMPLEADO** Act. Económica Empresa / Negocio Ciudad Empresa ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS BOGOTA D.C. (D.C) **Dirección Laboral / Negocio** Tipo de Contrato Teléfono Empresa CULMINACIÓN DE OBRA CR 62 5 A 98 O 2168516 INFORMACIÓN FINANCIERA **EGRESOS MENSUALES INGRESOS MENSUALES** TOTAL ACTIVOS Ingresos por Actividad Principal Gastos de Sostenimiento 1.000.000 45.000.000 0 Comisiones Arriendo / Cuota Vivienda **TOTAL PASIVOS** 300,000 Otros Ingresos 1,000,000 **Gastos Financieros** 1,000,000 25,000,000 TOTAL INGRESOS 2,300,000 1,000,000 **TOTAL EGRESOS RELACIÓN ACTIVOS** Vehículo Dirección: Marca / Modelo: **FORD** 2012 Ciudad: Valor Comercial: 27,000,000 Valor Comercial: Valor Deuda: 0 0

REFERENCIAS Registrar dos referencias familiares y una						
Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección	Teléfono	Ciudad		
JONATHAN ANDREY PUERTO ARAQUE	HERMANO(A)	CR 74 B 47 73	0	BOGOTA D.C. (D.C)		
Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección	Teléfono	Ciudad		
CALIXTO PUERTO GONZALEZ	PADRE	CR 74 B 47 73	0	BOGOTA D.C. (D.C)		
Nombres y Apellidos	Parentesco	Dirección	Teléfono	Ciudad		
SEBASTIAN CAMILO PUERTO	RESPONSABLE	CR 74 B 47 73	0	BOGOTA D.C. (D.C)		

## Autorización Tratamiento de Datos Personales y Habeas Data

AUTORIZO de forma expresa a FINCOMERCIO y dentro de lo estipulado en la Ley 1581 de 2012 y 1266 de 2008, para que reciba, solicite, almacene, consulte, reporte, utilice y entregue la información relacionada con mis datos personales para únicamente los siguientes efectos: A. Envió de información de datos personales con todas las empresas y/o entidades públicas y privadas con que la Cooperativa de Ahorro y Crédito tenga convenios vigentes, para efectos del desarrollo del objeto y fines sociales que persiguen las entidades que pertenecen al sector de la economía solidaria, así mismo manifiesto que he sido informado del derecho que me asiste de solicitar rectificación y actualización de la información cuando esta no corresponda con la realidad, sin que este derecho implique revocatoria alguna a las autorizaciones conferidas a la Cooperativa. B. a utilizar por parte de la Cooperativa o a través de las empresas con las que suscriba convenios para la prestación de servicios y venta de bienes dirigido a los Asociados, la información por mi suministrada para el envío de cualquier tipo de información como; de servicios, comercial, legal, estatutaria o de REPORTES NEGATIVOS ANTE CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA conforme al artículo 12 Ley 1266/2008, relacionada con mi comportamiento de pago, a través de correos electrónicos, mensajes de texto, por la plataforma Whatsapp o por cualquier otro medio de comunicación masiva y tecnológico, comunicación telefónica fija o móvil y correspondencia a las direcciones registradas en el presente formato y a las que a futuro FINCOMERCIO identifique como sitios de localización. C. para que, en virtud de las obligaciones económicas adquiridas con la cooperativa, en caso de presentar mora AUTORIZO a FINCOMERCIO para que entregue los datos correspondientes a mi identificación, domicilio, contacto y estado de mis obligaciones, con el fin de efectuar las gestiones de cobro jurídico o pre-jurídico según correspondan a las empresas de gestión de cobranza contratadas para el efecto. D. CERTIFICO que los datos de localización aquí suministrados incluyen todos los detalles y no contienen errores. Igualmente me comprometo durante la vigencia del vínculo a actualizar la información suministrada en la presente solicitud o la que reporta la Cooperativa por lo menos una vez al año, no obstante, la actual estará vigente hasta tanto no notifique de manera expresa lo contrario, así mismo asumo toda la responsabilidad frente a la veracidad y eficiencia de la información suministrada y los efectos que se deriven de su falsedad o inconsistencia. AUTORIZO de forma libre, autónoma y voluntaria a la Cooperativa de Ahorro y crédito FINCOMERCIO para que, sin perjuicio de la perdida de mi calidad de asociado, cliente, deudor o contratante de los servicios de la cooperativa, mantenga dentro de sus bases mis datos personales y de contacto con el fin de que pueda contactarme para darme información de carácter comercial relativa a la reactivación de los servicios de la entidad. En caso de que, en un futuro FINCOMERCIO efectúe una venta o cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. ACEPTO que FINCOMERCIO no hará devolución de la documentación entregada o que contenga cualquier convenio celebrado, la cual se archivará o destruirá conforme a las normas y políticas aplicables. Asimismo, AUTORIZO de manera permanente e irrevocable y en los términos del artículo 8° de la Ley 1527 de 2012, a realizar actualizaciones y consultas de mis datos personales contenidos en la base de datos de las administradoras de pensiones y de salud, que para el efecto autorice o administre el

Reconozco que he sido informado de manera completa y suficiente por parte del asesor de Fincomercio sobre las condiciones particulares del presente alivio y que están dispuestas en la circular Externa No 11 del 19 de marzo de 2020, expedida por la Superintendencia Solidaria y, sus respectivas consecuencias en caso de incumplimiento de mi parte

Informe brevemente los motivos y causales por los c	uales solicita ser beneficiario del alivio.	
debido a la cuarentena me quede sin trabajo		
Firma Deudor Principal	Firma Deudor Principal	
CC 1014268406 de BOGOTA D.C. (D.C)	CC de	
Nombre	Nombre	
SEBASTIAN CAMILO PUERTO ARAQUE		
Dirección Residencia CARRERA 74 B # 47-73	Dirección Residencia	
Teléfono y Celular 3042453 3042453113	Teléfono y Celular	
Ciudad BOGOTA D.C. (D.C)	Ciudad	

## **Documentos Obligatorios Anexos:**

Empleado:	Independiente:	Taxistas:
Los dos últimos meses de desprendible de nómina	Extractos bancarios de los dos últimos	Copia de la Tarjeta de operaciones