



**FONDO DE EMPLEADOS CLINICA SOMA "FOEMSOMA"**  
**NIT. 811.035.635-1**  
**FOEMSOMA**

**SOLICITUD DE CREDIYA**

**PAGARÉ**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cedula No. \_\_\_\_\_, quien labora en la empresa \_\_\_\_\_ me comprometo con el Fondo de Empleados de la Clínica Soma FOEMSOMA cancelar el total de la obligación más los intereses causados a la fecha en el tiempo estipulado para esta línea de crédito (2 meses).

Si llegado la fecha de vencimiento de la obligación esta no ha sido cancelada autorizo a FOEMSOMA descontar de mi nomina el saldo total en un tiempo máximo de 4 meses, y solo hasta que la obligación se encuentre cancelada en su totalidad poder solicitar nuevamente el credi ya.

Para constancia se firma en Medellín el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Nota; Este formato se asemeja a una solicitud de crédito y es válido con todos sus reglamentos.**

Valor Solicitado \$ \_\_\_\_\_

Plazo: \_\_\_\_\_ Meses

Observaciones Crédito: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS POR PARTE DEL FONDO DE EMPLEADOS DE LA CLINICA SOMA "FOEMSOMA"**

FOEMSOMA le informa que sus datos personales serán almacenados, en nuestras bases de datos, y tratados para mantener una comunicación permanente y eficaz con usted sobre las actividades del fondo o en las que éste participe directa o indirectamente, en especial las de ahorro, crédito y bienestar social. Puede verificar finalidades específicas en el Capítulo 9 de la Política de Tratamiento de datos personales de FOEMSOMA. Puede consultar nuestra política visitando la página web <http://www.foemsoma.com> Si usted desea consultar, actualizar, rectificar o suprimir datos que nos ha suministrado, o revocar la presente autorización, puede revisar el Capítulo 10 de la Política y conocer el procedimiento detallado, o si lo prefiere escribanos un correo electrónico a [fondoempleados@soma.com.co](mailto:fondoempleados@soma.com.co) indicándonos su solicitud, o comuníquese al teléfono (57 4) 5768686 Conociendo lo anterior, manifiesto mi autorización expresa, previa y voluntaria para el tratamiento de mis datos por el Fondo de Empleados de la clínica Soma "FOEMSOMA"

\_\_\_\_\_  
Firma y Cedula Asociado