

|  |                        |                           |     |   |                     |  |  |
|--|------------------------|---------------------------|-----|---|---------------------|--|--|
|    | <b>Fecha Solicitud</b> |                           |     | <h1>SOLICITUD DE CRÉDITO</h1>   |                     | <b>Código:</b> FTO-FON-05  |  |
|  | Día                    | Mes                       | Año |   |                     | <b>Versión:</b> 01   |  |
|  |                        |                           |     |   |                     | <b>Fecha:</b> 03/2026  |  |
|  |                        |                           |     |   |                     | <b>Página:</b> 1 de 1  |  |
| <b>Datos del Solicitante</b>   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Nombre y Apellidos:  |                        |                           |     |   |                     | C.C.   |  |
| Dirección Residencia:  |                        |                           |     |   | Base:               |  |  |
| Teléfono:  |                        |                           |     | Celular:  |                     |  |  |
| Correo electrónico:  |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Datos de un familiar (que no viva con usted)   |                        |                           |     | Tel. Residencia:  |                     | Tel. Oficina:  |  |
| <b>Información Laboral del Solicitante</b>   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Entidad donde labora:  |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Cargo actual:  |                        |                           |     |   | Fecha de ingreso:   |  |  |
| Salario básico:  |                        |                           |     |   | Tipo de contrato:   |  |  |
| <b>Información Financiera</b>  |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Total Activos:   |                        | Total Ingresos Mensuales: |     | ¿Realiza operaciones en moneda extranjera?  |                     |  |  |
| Total Pasivos:   |                        | Total Egresos Mensuales:  |     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                               |                     |  |  |
| ¿Posee cuentas en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |                        |                           |     | Inversiones <input type="checkbox"/>  |                     | Importaciones <input type="checkbox"/>   |  |
| Entidad: _____   |                        |                           |     | Giros <input type="checkbox"/>  |                     | Exportaciones <input type="checkbox"/>   |  |
| Número de Cuenta: _____  |                        |                           |     | Prestamos <input type="checkbox"/>  |                     | Otros <input type="checkbox"/>   |  |
| Ciudad: _____  |                        |                           |     | Cuales: _____   |                     |  |  |
| País: _____ Tipo de Moneda: _____  |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| <b>PREGUNTAS CLASIFICACIÓN PERSONAS EXPUESTAS PÚBLICAMENTE-PEP</b><br>(Incluye conyuge y/o compañero permanente)   |                        |                           |     |   |                     | <b>Si alguna de las repuestas de su familiar son afirmativas, por favor especifique:</b> |  |
| ¿Usted o su familia manejan o ha manejado recursos públicos? SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |                        |                           |     |   |                     | Nombres y Apellidos _____  |  |
| ¿Usted o su familia goza de reconocimiento público? SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |                        |                           |     |   |                     | Parentesco _____   |  |
| ¿Usted o su familia ejercen o han ejercido algún grado de poder público? SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |                        |                           |     |   |                     | Nombre de la entidad en la cual trabaja _____  |  |
| <b>Datos del Codeudor (En caso Requerido)</b>  |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Nombre y Apellidos:  |                        |                           |     |   |                     | CC:  |  |
| Dirección Residencia:  |                        |                           |     |   |                     | Teléfono:  |  |
| Correo electrónico:  |                        |                           |     |   |                     | Celular:   |  |
| Datos de un familiar (que no viva con usted)   |                        |                           |     | Tel. Resid.   |                     | Tel. Oficina   |  |
| Cargo actual:  |                        |                           |     |   | Tiempo de servicio: |  |  |
| Salario básico:  |                        |                           |     |   | Tipo de contrato:   |  |  |
| <b>Datos del Crédito</b>   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| VALOR SOLICITADO:  |                        |                           |     | FORMA DE PAGO   |                     |  |  |
| Número de cuotas: _____ quincenales  |                        |                           |     | Prima de servicios  |                     | Otras fechas   |  |
| Consignar en cuenta:   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Entidad:   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente  |                        |                           |     | No. Cuenta:   |                     |  |  |
| Línea de crédito <input type="checkbox"/> Calamidad <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Compra de cartera   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Vacacional <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Otro   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| <input type="checkbox"/> Educativo <input type="checkbox"/> Extraordinario <input type="checkbox"/> Libre destino  |                        |                           |     | ¿Cuál? _____  |                     |  |  |
| Autorizo irrevocablemente a Compañía Aerofumigaciones Calima S.A.S., para que deduzca el valor de las obligaciones contraídas con FONCALIMA de conformidad con el artículo 142 de la Ley 179 de 1988, las normas que se adicionen y modifiquen, en las fechas estipuladas y en las condiciones establecidas en los pagarés o cualquier otro documento que formalice las deducciones autorizadas por todas las modalidades de ahorros, sean voluntarios o permanentes, aportes, créditos, intereses, convenios, donaciones, seguros y todos aquellos otros conceptos relacionados con el objeto social de Foncalima, las cuales son acordadas entre FONCALIMA y yo. Este dinero deberá entregarse a FONCALIMA en las fechas en que se realice la deducción.   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| <b>Autorización del tratamiento de Datos y Habeas Data</b>   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, yo, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera previa, expresa, informada y voluntaria a FONCALIMA para que recolecte, almacene, use, circule, suprima y, en general, realice el tratamiento de mis datos personales y biométricos (huella dactilar) suministrados en esta solicitud de crédito para las siguientes finalidades: - Consultar, reportar, procesar y actualizar mi comportamiento crediticio, financiero y comercial ante las centrales de información (CIFIN, Datacrédito) y demás entidades de consulta de bases de datos. - Realizar todas las actividades necesarias para el estudio, otorgamiento, ejecución y cobro de la obligación crediticia, incluyendo la comunicación vía física, telefónica, electrónica o mensajes de texto. - Realizar las verificaciones necesarias para la prevención y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, conforme a la Circular Básica Jurídica de la Supersolidaria. - Enviarme información sobre servicios, beneficios, convenios, actividades gremiales y comerciales propias del objeto social de FONCALIMA. Y - Contactarme y contactar a mis referencias familiares aquí consignadas para validar o actualizar la información suministrada. Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión de mis datos, los cuales podré ejercer a través de los canales de atención al asociado de FONCALIMA y conforme a la Política de Tratamiento de Información disponible en la entidad. |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Autorizo al Fondo de Empleados Calima, para enviar y/o confirmar operaciones y transacciones relacionadas con mis obligaciones en calidad de asociado y recibir información, a través de cualquier medio de comunicación según la información suministrada en este formato. (puede marcar una o todas las opciones):   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| TODOS LOS MEDIOS <input type="checkbox"/> CORREO <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CORREO CERTIFICADO <input type="checkbox"/>   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| <b>Observaciones del Solicitante</b>   |                        |                           |     |   |                     |  |  |
| Firma del solicitante<br>C.C.  |                        |                           |     | Firma del Codeudor<br>C.C.  |                     |  |  |
|   |                        |                           |     |  |                     |  |  |