

FORMATO AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, autorizo de manera expresa e irrevocable que, del cincuenta por ciento (50%) del valor neto de mi mesada pensional y conforme a lo establecido en la Ley 1527 de 2012, se descuenten los valores correspondientes al crédito otorgado por la entidad operadora _____, identificada con NIT No. _____, con aplicación a partir de la mesada correspondiente al mes de _____.

Condiciones del Descuento para Autorizar

| Número de Libranza | Valor del Capital Solicitado | Tasa Efectiva Anual |
|----------------------|------------------------------|-----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Valor Cuota Mensual | Plazo de Amortización | Monto Total Por Pagar |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Compra de Cartera o Refinanciación

| Número de Libranza | Valor de la Cuota Mensual | Entidad Operadora |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Así mismo, autorizo al Fondo de Prestaciones Económicas, Pensiones y Cesantías – FONCEP, para que las sumas descontadas periódicamente, en los términos aquí establecidos, sean giradas y entregadas mensualmente a la entidad _____, identificada con NIT No. _____, dentro del plazo fijado para tal efecto, con el fin de amortizar el crédito del cual soy beneficiario.

Declaro que conozco y acepto los reglamentos aplicables a los créditos otorgados, y me acojo a sus disposiciones. Reconozco que el FONCEP, en su calidad de entidad pagadora, actúa únicamente como canal de pago; en consecuencia, me obligo a realizar el pago de las cuotas mensuales de manera directa, ya sea por ventanilla o en las oficinas correspondientes, en caso de que por cualquier motivo no se efectúe el descuento por nómina.

En señal de que acepto las obligaciones en los términos expresados, firmo en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

DATOS DEL PENSIONADO

Nombre:
Cédula:
Correo:
Teléfono:
Dirección de Residencia:
Ciudad:

FIRMA DEL PENSIONADO

No. Documento:

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa irrevocable al FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, incluyendo a terceros con quienes ésta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la presentación, gestión, administración personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de FONCEP, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP.
2. AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN. El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa para que el FONDO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES - FONCEP, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministradas por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a FONCEP, ante las entidades u organismo pertinentes.
3. La información obtenida solo será usada para efectos propios del FONDO DE PRESENTACIONES ECONÓMICAS, CESANTÍAS Y PENSIONES – FONCEP.

Nota: La persona de apoyo debe autenticar debidamente este formato, en cumplimiento del concepto jurídico No. 3-2025-09278, emitido por la Subdirección Jurídica el 06 de noviembre de 2025.