



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Objetivo:

Informar la manera adecuada de diligenciar los formatos de solicitud de crédito de acuerdo con la línea de crédito y monto solicitado a los asociados, con el fin de garantizar los tiempos estipulados para revisión y aprobación/rechazo y así evitar devoluciones o reprocesos.

TIPS DE DILIGENCIAMIENTO

Es indispensable diligenciar toda la información resaltada en color verde, por favor tenga en cuenta que si hace falta alguna información se podría retrasar la solicitud en curso.

En caso de dudas o inquietudes agradecemos comunicarse vía whatsapp al número 314 438 29 88 ó al correo electrónico serviciofondecop@gmail.com.



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Solicitud de crédito

FECHA: DD/MM/AAAA

SOLICITUD DE CRÉDITO



No. de solicitud _____

Fondo de Empleados de Colpensiones

Por favor leer detenidamente antes de diligenciar la solicitud. No se aceptan tachones ni enmendaduras. DE ACUERDO CON EL ESTATUTO Y EL REGLAMENTO DE CRÉDITO DE FONDECOLP Y EN CALIDAD DE ASOCIADO HÁBIL, SOLICITO UN PRÉSTAMO POR LA LÍNEA:

CREDIFÁCIL LIBRE DESTINO PRIMA ANTICIPADA CREDIAPORTES FONCONVENIOS LÍNEA PROMOCIONAL

Por \$ **VALOR EN NÚMEROS** cantidad en letras

VALOR EN LETRAS

Suma que cancelaré en **N° CUOTAS** cuotas mensuales, y _____ cuota(s) semestral(es), pagadera(s) en la(s) prima(s), a partir de la entrega del préstamo.

Modalidad de cuota Fija Forma de Pago: Descuento por Nómina

Autorizo realizar el desembolso en mi cuenta de Ahorros Corriente No **NÚMERO DE CUENTA BANCARIA** banco **NOMBRE** mi nombre.

DATOS PERSONALES	DEUDOR PRINCIPAL	DEUDOR SOLIDARIO	DEUDOR SOLIDARIO
Nombres	NOMBRES		
Apellidos	APELLIDOS		
Documento de Identidad	N° DE DOCUMENTO		
Cargo	CARGO		
Teléfono/Extensión	TELÉFONO		
Dirección Residencia	DIRECCIÓN		
Teléfono Residencia	TELÉFONO		
Ciudad	CIUDAD		
Teléfono Celular	CELULAR		
Correo electrónico	CORREO ELECTRÓNICO		
Sueldo básico mensual	SUELDO BASE		
Vivienda	Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Declaro que en este momento me encuentro en buen estado de salud

SI NO

Que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida

SI NO

Que no he padecido ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, diabetes, Sida, cáncer, hipertensión arterial, alcoholismo, tabaquismo, y en general ninguna enfermedad preexistente al inicio de este seguro

SI NO

AUTORIZACIÓN PARA DEDUCCIONES

Por la presente comunico a ustedes que FONDECOLP, me ha concedido un préstamo por la suma de **VALOR EN NÚMEROS** en letras **VALOR EN LETRAS** Moneda corriente, obligación que consta en el pagaré No. _____, para que de mi sueldo como empleado me deduzcan la cantidad de dinero que FONDECOLP les comunique para abonar a la mencionada obligación, igualmente en caso de haber comprometido mis prestaciones sociales.
En caso de que se produzca mi retiro de FONDECOLP sin haber cancelado la totalidad del préstamo recibido, autorizo a COLPENSIONES, para que deduzca de mis salarios, prestaciones sociales y de cualquier otra suma que se me adeudare a la fecha de mi retiro, la suma de dinero que FONDECOLP les comunique, destinado al abono o cancelación total de la referida obligación y otros servicios que haya adquirido con terceros a través de FONDECOLP y que se deriven de mi desvinculación como asociado (a) al Fondo. Así mismo autorizo a FONDECOLP para que en caso de quedar en mora, me haga efectivo cualquier otro valor que resultará a mi favor. También autorizo de manera expresa, concreta, suficiente, voluntaria, informada e irrevocable a FONDECOLP para que me consulte a la central de riesgo según a aplicación de la Ley 1266 de 2008.
De igual forma autorizo a FONDECOLP cargar a mi nombre el crédito por seguro de deudores que corresponda.
Mi(s) Deudor (es) Solitario (s) y mancomunado (s) es (son): _____



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Solicitud de crédito

De igual forma autorizo a FONDECOLP cargar a mi nombre el crédito por seguro de deudores que corresponda. Mi(s) Deudor (es) Solidario (s) y mancomunado (s) es (son):
autoriza (n) _____ Para que en caso de incumplimiento de mi parte en el pago de la obligación mencionada, en el evento que a la fecha de mi retiro
no sea suficiente el valor de mis prestaciones sociales para cancelar el saldo de la obligación referida, le descuenten a él (ellos) de su sueldo y/o prestaciones sociales, indemnizaciones y cualquier pago que
deba(n) hacerle (s), las sumas adeudadas por capital e intereses del préstamo citado.

Firma	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
FIRMA	DEBE REGISTRAR LA HUELLA				
Nombre	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
DEUDOR PRINCIPAL		DEUDOR SOLIDARIO		DEUDOR SOLIDARIO	
C.C. NÚMERO DE DOCUMENTO		C.C.		C.C.	

Vo. Bo. GERENTE _____

COMITÉ DE CRÉDITO _____

NOMBRE: _____

APROBADO NEGADO APROBADO NEGADO APROBADO NEGADO

OBSERVACIONES: _____

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
Declaro que en este momento me encuentro en buen estado de salud	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Que mi habilidad física no se encuentra de manera alguna reducida	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Que no he padecido ni me han diagnosticado ninguna enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, diabetes, sida, cáncer, hipertensión arterial, alcoholismo, tabaquismo, y en general ninguna enfermedad preexistente al inicio de este seguro	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Autorización consulta centrales de riesgo

AUTORIZACIÓN

Yo, **NOMBRE Y APELLIDO** identificado con la cédula de ciudadanía No. **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** Expedida en **CIUDAD DE EXPEDICIÓN** Y/O (sociedades comerciales u otras personas jurídicas) identificada con el NIT _____ representada legalmente por _____. En ejercicio de mi Derecho a la Libertad y Autodeterminación Informática, autorizo a **FONDECOLP** (afiliado o usuario de FENALCO) o a la entidad que mi acreedor delegue **FEDERACIÓN NACIONAL DE COMERCIANTES – FENALCO ANTIOQUIA** para representarlo o a su cesionario, endosatario o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor, previo a la relación contractual y de manera irrevocable, escrita, expresa, concreta, suficiente, voluntaria e informada, con la finalidad que la información comercial, crediticia, financiera y de servicios de la cual soy titular, referida al nacimiento, ejecución y extinción de obligaciones dinerarias (independientemente de la naturaleza del contrato que les dé origen), a mi comportamiento e historial crediticio, incluida la información positiva y negativa de mis hábitos de pago, y aquella que se refiera a la información personal necesaria para el estudio, análisis y eventual otorgamiento de un crédito o celebración de un contrato, sea en general administrada y en especial: capturada, tratada, procesada, operada, verificada, transmitida, transferida, usada o puesta en circulación y consultada por terceras personas autorizadas expresamente por la ley 1266 de 2008, incluidos los Usuarios de la Información. Con estos mismos alcances, atributos y finalidad autorizo expresamente para que tal información sea concernida y reportada en la Base de Datos PROCRÉDITO operada por FENALCO.

De la misma manera autorizo a FENALCO, como Operador de la Base de Datos PROCRÉDITO que tiene una finalidad estrictamente comercial, financiera, crediticia y de servicios, para que procese, opere y administre la información de la cual soy titular, y para que la misma sea transferida y transmitida a Usuarios, lo mismo que a otros operadores nacionales o extranjeros que tengan la misma finalidad o una finalidad que comprenda la que tiene PROCRÉDITO.

Autorizo también para que “la notificación” a que hace referencia el Decreto 2952 del 6 de agosto de 2010 en su artículo 2º, se pueda surtir a través de mensaje de datos y para ello suministro y declaro el siguiente correo electrónico: **CORREO ELECTRÓNICO**

Certifico que los datos personales suministrados por mí, son veraces, completos, exactos, actualizados, reales y comprobables. Por tanto, cualquier error en la información suministrada será de mi única y exclusiva responsabilidad, lo que exonera a FENALCO de su responsabilidad ante las autoridades judiciales y/o administrativas.

Declaro que he leído y comprendido a cabalidad el contenido de la presente Autorización, y acepto la finalidad en ella descrita y las consecuencias que se derivan de ella.



FIRMA

FIRMA DEL TITULAR DEL DATO.

C.C. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Huella



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Libranza



AUTORIZACION LIBRANZA

Pág. 1

NIT. 900.950.893.0

LIBRANZA NO.

FECHA:

Señor Pagador: _____

Yo **NOMBRE Y APELLIDO** identificado con la C.C. No. **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** de **LUGAR DE EXPEDICIÓN** en mi calidad de deudor y _____ y _____ en mi (nuestra) calidad de codeudor (es) identificado (s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s) , obrando de conformidad con lo dispuesto En virtud de lo dispuesto en el Artículo 150 del Código Sustantivo del Trabajo y en los derechos que otorga La Legislación según los Artículos 142 del C.S.T, 143 y 144 de la Ley 79/1988 de Cooperativas y los Artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989, de los Fondos de Empleados y a los numerales 1 y 5 del artículo 3 de la Ley 1527 de 2012 y demás disposiciones legales vigentes, autorizo a ustedes se sirvan retener para el Fondo de Empleados de la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones " FONDECOLP" , autorizo(mos) expresa e irrevocablemente de lo que por cualquier concepto me haya de pagar **COLPENSIONES** o cualquier otra empresa patronal que me encuentre en un futuro, quien está autorizado y facultado legalmente para aceptarla, para lo siguiente:

1. Retener de mi salario, vacaciones, primas legales y extralegales, cesantías, intereses de cesantías , comisiones, bonificaciones, descansos remunerados, o de cualquier suma de dinero que se vaya generando a mi favor en virtud de mi vinculación como empleado de **COLPENSIONES** o cualquier otra empresa que me encuentre en el futuro () cuotas **M** **Q** , por la cantidad de (\$ _____), hasta completar la suma de _____ (\$ _____) por concepto de capital, intereses, seguros, correspondientes al préstamo concedido por el FONDO DE EMPLEADOS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES "FONDECOLP".
2. Igualmente, en calidad de beneficiario de esta libranza, autorizo para que las cantidades retenidas sean entregadas a FONDECOLP en las mismas fechas en que se me hace la retención o a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes, tal como lo disponen las normas especiales del sector solidario y la Ley de Libranzas.
3. En caso que me sean concedidas vacaciones o licencias, autorizo para que de los pagos que me deba hacer la empresa se retenga y entregue el valor de las mensualidades que reporte FONDECOLP, correspondientes al tiempo que dure haciendo uso de éstas, descontándolas del pago que me hagan antes de comenzar a disfrutarlas.
4. Autorizo a la Empresa para que en caso de haber comprometido primas legales y extralegales como forma de pago en dicha obligación, realice los descuentos respectivos a favor FONDECOLP según tabla de amortización del crédito.
5. Desde ya a la firma de este documento, en mi calidad de deudor, autorizo durante la vigencia de este crédito, para que en caso de retiro de la empresa, me sean retenidas mis cesantías, intereses de cesantías, primas, bonificaciones, vacaciones, comisiones, descansos remunerados, acuerdo transaccional, indemnizaciones laborales y demás saldos a mi favor; y sean trasladadas a FONDECOLP para aplicar al pago de mis obligaciones con la organización.
6. En mi calidad de codeudor(es) autorizo (mos) para que ante el aviso que les efectúe FONDECOLP de iniciarme descuentos por este crédito, en razón a mi calidad de codeudor solidario, se traslade la obligación a mi nombre para que se me continúen efectuando los descuentos aceptados en esta libranza. He (mos) acordado con FONDECOLP que el traslado de los descuentos a nombre de los codeudores opera ante el incumplimiento de la obligación por parte del deudor Sr(a).
En caso que en calidad de codeudor (es) deba(amos) pagar el compromiso crediticio indicado en este documento, autorizo(amos), en caso de mi (nuestro) retiro de la empresa , me sean retenidas mis cesantías, primas legales y extralegales , bonificaciones, vacaciones, prestaciones sociales, descansos remunerados, indemnizaciones laborales y demás saldos a mi favor, hasta el saldo insoluto de la deuda que reporte FONDECOLP y el valor retenido le sea trasladado para aplicar al pago de mis obligaciones con ellos, como codeudor solidario.
7. En caso de fallecimiento autorizo al señor pagador de la entidad donde trabajo para que descuenta de mis honorarios, pensión, sueldo, prestaciones sociales y demás prebendas los saldos correspondientes a préstamos, sus intereses y cualquier obligación a favor de FONDECOLP.
8. Autorizo (amos) para que en el evento de retiro laboral de la empresa **COLPENSIONES** o en la que me encuentre en un futuro , el Fondo de Empleados traslade esta libranza a la empresa donde llegare a trabajar para que continúe haciendo los descuentos de las cuotas aquí pactadas, hasta que se cancele la obligación total. Por ser **COLPENSIONES** el empleador que originalmente aceptó la libranza, solicito (amos) que al momento del traslado certifique a la nueva empresa donde

FONDO DE EMPLEADOS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
COLPENSIONES "FONDECOLP"



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Libranza



AUTORIZACION LIBRANZA

Pág. 2

NIT. 900.950.893.0	LIBRANZA NO.	FECHA:
--------------------	--------------	--------

llegare a laborar, la fecha en que aceptó esta libranza a efectos de determinar la prelación de los descuentos. Dejo(amos) constancia que conozco (emos) que esta autorización de descuentos tiene continuidad y es válida para que cualquier empresa me efectúe los descuentos aquí indicados, hasta el momento en que se produzca la cancelación total de la obligación crediticia a mi (nuestro) cargo. En nuestra calidad de deudor y codeudor (es), al suscribir esta libranza, adquirimos la obligación de informar al OPERADOR DE LIBRANZA, sobre el cambio de empleador o entidad pagadora, sin perjuicio de que esta autorización de descuentos, sirva para que FONDECOLP solicite a cualquier empleado o entidad pagadora, el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de las obligaciones adquiridas bajo la modalidad de pago por libranza. Declaramos que conocemos y hemos aceptado el plan de pagos, las condiciones del crédito y la tasa de interés asignada por FONDECOLP.

De la misma manera manifestamos que la empresa solo actúa como canal de pago y que en el caso de trasladar esta libranza, todas las referencias que se hacen en ésta sobre COLPENSIONES se entenderán que se refieren al nombre del nuevo EMPLEADOR.

ESTA LIBRANZA SE GENERA POR:

Concepto	Porcentaje	Cuota
Aportes Obligatorio <input type="radio"/>		
Ahorro Voluntario <input type="radio"/>		
Solicitud Préstamo <input type="radio"/>		
Convenios <input type="radio"/>		
Tarjeta GES <input type="radio"/>		
Otros <input type="radio"/>		
Total		

Firma Fondo de Empleados FONDECOLP
Firma y Sello Pagador

Nombre asociado NOMBRE Y APELLIDO	Huella DEBE REGISTRAR LA HUELLA	Firma y No. C.C. FIRMA Y NÚMERO DE DOCUMENTO
Nombre codeudor 1	Huella	Firma y No. C.C.

FONDO DE EMPLEADOS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
COLPENSIONES "FONDECOLP"



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Pagaré

PAGARE A LA ORDEN DE:



ACREEDOR : FONDO DE EMPLEADOS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE
PENSIONES COLPENSIONES "FONDECOLP"

NIT. 900.950.893.0

Número Pagaré: _____

DEUDOR (ES): _____

VALOR: _____ (\$ _____)

PLAZO: _____ TASA DE INTERÉS NOMINAL _____

Nosotros _____ mayores de edad, vecinos de
_____ e identificados según aparece al pie de las correspondientes firmas DECLARAMOS:

PRIMERO: Que por medio de este título valor de crédito autónomo y negociable, nos obligamos a pagar de manera incondicional e indivisible a favor de FONDO DE EMPLEADOS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES - FONDECOLP con domicilio en la ciudad de Bogotá, D.C. ó a su orden o a quienes sus derechos representen; en las oficinas de su domicilio, la suma del valor moneda legal Colombiana que tenemos recibida de dicha entidad a nuestra entera satisfacción, a título de mutuo con intereses a la tasa del _____ por Ciento (%) anual, intereses que serán pagados durante el plazo según liquidación del crédito. **SEGUNDO:** Dicha suma nos comprometemos a pagarla en un plazo máximo de _____ () meses en _____ () cuotas sucesivas y consecutivas, siendo pagadera la primera el día _____ () del mes _____ () **TERCERO:** Así mismo nos comprometemos a efectuar en las fechas convenidas los abonos extraordinarios a los que nos hayamos obligado de acuerdo con el plan de amortización de este pagaré, el cual declaramos conocer y aceptar en todas sus partes. **CUARTO:** En el evento que dejemos de atender en las fechas convenidas una o más cuotas de capital y/o intereses, reconocemos un interés de mora a la tasa más alta autorizada de conformidad con las disposiciones de la materia sin perjuicio de los derechos y acciones de la entidad acreedora para recaudar la deuda judicialmente, caso en el cual será de nuestro cargo los gastos y costos de cobranza. **QUINTO:** En caso que por disposición legal o reglamentaria se autorice cobrar intereses superiores a los previstos en este pagaré, bien sea remuneratorio o de mora, nos obligamos a reconocer la diferencia que resulte a cargo por dicho concepto de acuerdo con las nuevas disposiciones y autorizamos al Fondo de Empleados para reajustarlos automáticamente. Los intereses pendientes producirán intereses en los términos descritos en el artículo 898 del Código de Comercio o de las normas que lo modifiquen. **SEXTO:** 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 el Fondo de Empleados, la cual declaramos conocer, en las mismas fechas que se cancele una de las cuotas pactadas. 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 mora en el pago de las primas de seguro correspondiente, y que el Fondo de Empleados las cancele, nos obligamos a reintegrarle las sumas respectivas, así como sus intereses y demás accesorios a el Fondo de Empleados. Lo anterior no implica obligación alguna para el Fondo de Empleados de atender dichos pagos. **SEPTIMO:** Todos los gastos e impuestos que cause este título valor serán a nuestro cargo, lo mismo que los honorarios de abogado y las costas de cobro judicial o extra judicial si diéramos lugar a este. **OCTAVO:** En caso de incumplimiento autorizamos al acreedor para que el recaudo del valor del crédito y de los intereses, se dirija indistintamente contra cualquiera de nosotros, sin necesidad de requerimiento ni de notificación judicial o extrajudicial, declaramos que la solidaridad es contra todos los codeudores o uno de ellos de acuerdo a la capacidad económica del deudor. **NOVENO:** Que la solidaridad de los deudores subsiste para todas las obligaciones derivadas de este pagare, aún en caso de prórroga o de modificación de los términos de este instrumento ya se referan a todos los obligados o solamente a alguno de ellos. **DECIMO:** 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 FONDECOLP . Pignoramos a favor del mismo nuestras prestaciones sociales, cesantías, intereses de cesantías, primas legales y extralegales, descansos remunerados, salarios, honorarios, bonificaciones , más pensión y en general cualquier suma que percibamos con motivo de nuestra vinculación contractual con la entidad donde trabajamos o somos pensionados e igualmente nuestros aportes que tengamos como asociados. **DECIMOPRIMERO:**AUTORIZAMOS igualmente al FONDO DE CESANTIAS en el cual tengamos depositada dicha prestación, para que descuento de la misma con destino al pago de la deuda y sus intereses si fuere necesario y el Fondo de Empleados para que efectúe directamente dicho trámite omitiendo la autorización por carta. **DECIMOSEGUNDO:** Autorizamos al señor pagador de la entidad donde trabajamos o Fondo de pensiones para que descuento de nuestro sueldo, pensión u honorarios con destino a la amortización de los préstamos, sus intereses y cualquier obligación a favor del acreedor, las sumas quincenales o mensuales indicadas en el pago y los gastos de cobranza. Esta autorización se extiende a las prestaciones sociales y demás sumas pignoradas para que se imputen al pago de la deuda y sus intereses si fuere necesario. **DECIMOTERCERO:** En caso de fallecimiento y al no tener respaldo del seguro de vida autorizo al señor pagador de la entidad donde estamos pensionados o trabajamos para que descuento de mi pensión, sueldo, honorarios, prestaciones sociales, cesantías, intereses de cesantías, primas legales y extralegales, descansos remunerados, salarios, bonificaciones y demás prebendas



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Pagaré

los préstamos, sus intereses y cualquier obligación a favor del Fondo de Empleados **DECIMO CUARTO:** Autorizamos en primera instancia sea pagado al Fondo de Empleados la deuda y aportes, ante cualquier otro compromiso contraído antes o posterior a este pagare, que este autorizado por libranza con otras entidades Solidarias o Bancarias.

DECIMOQUINTO: El Fondo de Empleados podrá declarar vencido el presente pagare y exigir el pago inmediato del capital e intereses en cualquiera de los siguientes casos. **A.** Por pérdida de la calidad de empleado de cualquiera de los suscriptores de la entidad en la cual laboran actualmente. **B.** Incumplimiento de los términos establecidos para el pago del capital o intereses de la presente obligación o de cualquier otra que directa o indirectamente, conjunta o separadamente tengamos para con el Fondo de Empleados. **C.** Si los bienes de alguno de los otorgantes son perseguidos judicial o extrajudicialmente por cualquier persona en desarrollo de cualquier acción. **D.** El giro de cheques a favor del Fondo de Empleados que sean impagados por causas imputables a cualquiera de los obligados. **E.** Fallecimiento de cualquiera de los obligados. **F.** El hecho de que cualquiera de los obligados solicite o le sea iniciado el proceso concordatario o concursal. **G.** El haber suministrado información inexacta en la documentación presentada al Fondo de Empleados. **H.** El que los bienes dados en garantía sufran desmejora, sean grabados, enajenados, en todo o en parte dejen de prestar respaldo suficiente a las obligaciones contraídas con el Fondo de Empleados. **I.** La mala o difícil situación económica de cualquiera de los otorgantes. **J.** Por la renuncia o incumplimiento en la constitución de las garantías exigidas por el Fondo de Empleados en la aprobación de la respectiva operación. **K.** Por el no pago anticipado de las primas de seguros durante la vigencia del crédito. **L.** Por solicitar otro crédito simultáneo a FONDECOLP y no informar de su nueva capacidad de pago, omitiendo datos para la veracidad del estudio. **LL.** Por estar relacionado en alguna Listas restrictivas Noticias relacionadas **M.** En los demás casos de Ley. Dejamos expresa constancia que el Fondo de Empleados podrá hacer uso de la cláusula aceleratoria aquí señalada ante la simple ocurrencia de las causales antes mencionadas, generando los efectos correspondientes, sin necesidad de requerimiento, Comunicación o trámite adicional alguno. **DECIMOSEXTO:** autorizamos irrevocablemente a el Fondo de Empleados para: **A.** Solicitar a la empresa o empresas a las que actualmente o en un futuro nos encontremos vinculados laboralmente, debitar de nuestros salarios, pensión, honorarios, prestaciones legales o extralegales, bonificaciones, indemnizaciones, descansos remunerados y en general de cualquier valor a nuestro favor, las sumas a nuestro cargo generado en las obligaciones adquiridas en el presente pagaré o cualquier otro título con el Fondo de Empleados. **B.** En caso de desvinculación laboral, solicitar saldo de las cesantías vigentes en el Fondo de Cesantías en el que nos encontremos afiliados con el propósito de aplicarlas al saldo de las obligaciones que queden a nuestro cargo. **C.** Aplicar a esta o a cualquiera de nuestras obligaciones, las sumas que a nuestro favor se encuentren en poder del Fondo de Empleados tales como aportes sociales y en general de cualquier derecho económico del que seamos titulares. **D.** Que en caso de desvinculación laboral, la tasa de interés sobre los saldos pendientes de pago, sea la equivalente a la comercial vigente o propuesta por el Consejo de Administración. En caso de que por cualquier motivo, no se llegare a realizar por parte de nuestro empleador o Fondo de pensión los descuentos correspondientes a la amortización del presente pagare, reconoceremos que esta circunstancia no nos exime a dar cumplimiento al pago correspondiente, por lo cual procederemos inmediatamente a su cancelación directamente al Fondo de Empleados, utilizando los mecanismos previstos por este. **DECIMOSEPTIMO:** reconoceremos que la solidaridad e indivisibilidad subsisten en caso de prórroga, novación, refinanciación y restructuración o de cualquier modificación de lo estipulado, aún cuando se pacte con uno solo de los deudores. **DECIMOACTAVO:** En ningún caso me aogeré a la ley de insolvencia económica y en el evento de realizarlo automáticamente sin ningún proceso o comunicación la deuda se trasladara automáticamente al Codeudor o garantías existentes. **DECIMONOVENO:** Los suscritos codeudores se comprometen solidariamente en términos del deudor y autorizamos al señor pagador de la entidad donde trabajamos o estamos pensionados para que descunte del sueldo, pensión, honorarios o de sus prestaciones de la misma forma que al deudor para el caso en que el deudor no pague o no pueda pagar la obligación contraída con este documento. **VIGESIMO:** aceptamos cualquier endoso, cesión o traspaso de este título valor. Renunciamos a toda clase de requerimientos. **VIGESIMOPRIMERO:** Autorizo (amos) al Fondo de Empleados anular este pagare una vez haya cesado la obligación que respalda. **VIGESIMOSEGUNDO:** Autorizamos a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial de servicios y de terceros de información financiera (Ley 1581 de 2012 y Decreto Reglamentario 1377 de 2013). Que administra la asociación bancaria y de entidades financiera de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines.

NOMBRE Y APELLIDO

NOMBRE SOLICITANTE

FIRMA

Firma Solicitante

DIRECCIÓN

Dirección Residencia

TELÉFONO

Teléfono

DEBE REGISTRAR LA HUELLA

Nombre Deudor Solidario (1)

Firma Deudor Solidario

Dirección Residencia

Teléfono

Nombre Deudor Solidario (2)

Firma Deudor Solidario

Dirección Residencia

Nombre Deudor Solidario (3)

Firma Deudor Solidario

Dirección Residencia



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Carta de instrucciones

CARTA DE INSTRUCCIONES AL PAGARE



FONDO DE EMPLEADOS DE LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES
COLPENSIONES "FONDECOLP"
NIT. 900.950.893.0

Ciudad y Fecha _____ Número Pagare: _____

Por medio de la presente autorizó (amos) expresamente al Fondo de Empleados, para diligenciar el PAGARE EN BLANCO otorgado a su favor en la fecha, en los espacios dejados en blanco, sin previo aviso, en caso de incumplimiento de las obligaciones que surjan a mi (nuestro) cargo de conformidad con las siguientes instrucciones:

- FONDECOLP podrá llenar los espacios en blanco y utilizar el pagare identificado anteriormente cuando a su juicio fuere necesario para efectuar el cobro de cualquier suma de dinero derivada de toda clase de obligaciones contraídas o por contraer por mi (nosotros) con FONDECOLP, bien sea por atraso, mora o no pago oportuno de una cualquiera de ellas, caso en el cual FONDECOLP podrá exigir la cancelación total de las obligaciones, aunque por razón de los plazos no se encuentren vencidas, o en virtud de que sea (mos) embargado (s), declarados (s) en estado de quiebra, insolvencia, concordato, me (nos) inicien concurso de acreedores, o porque el (los) inmueble (s) sobre el (los) cual (es) otorgue (amos) garantías a FONDECOLP sea (n) perseguido (s) judicialmente, enajenado (s) a cualquier título o por que sufra (n) un deterioro que a juicio de un perito designado por FONDECOLP, no presten la suficiente garantía respecto del saldo de las obligaciones a mi (nuestro) cargo
- El valor del pagare será el equivalente a las sumas que adeude (mos) a el Fondo de Empleados directa o indirectamente por concepto de todos los saldos a mi (nuestro) cargo en razón a la utilización de los servicios del Fondo de Empleados.
- La fecha del vencimiento será la del día en que se hizo exigible la respectiva obligación.
- La tasa de interés de mora será la que este rigiendo al momento del diligenciamiento del pagare, de conformidad con las máximas autorizadas por las disposiciones legales en la materia.
- El pagare diligenciado de la forma estipulada mediante el presente documento será exigible en forma inmediata y prestará mérito ejecutivo sin necesidad de requerimientos adicionales.
- Se autoriza consultar y reportar a Centrales de riesgos por los presentes firmantes
- Autorizamos a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi (nuestro) comportamiento crediticio, financiero, comercial de servicios y de terceros de información financiera. Que administra la asociación bancaria y de entidades financiera de Colombia, o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines.

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 _____

NOMBRE Y APELLIDO

NOMBRE SOLICITANTE

FIRMA

Firma Solicitante

DIRECCIÓN

Dirección Residencia

TELÉFONO

Teléfono

DEBE REGISTRAR LA HUELLA

Nombre Deudor Solidario (1)

Firma Deudor Solidario

Dirección Residencia

Teléfono

Nombre Deudor Solidario (2)

Firma Deudor Solidario

Dirección Residencia

Teléfono

Nombre Deudor Solidario (3)

Firma Deudor Solidario

Dirección Residencia

Teléfono



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024


Formato Afiancol

	FOR-AFI-VTA-05	VERSIÓN 6
	AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO	22/01/2024

DATOS DEUDOR		
Número(s) de la(s) solicitud(es) de créditos afianzado(s):		
Apellidos y Nombre: APELLIDOS Y NOMBRE		
Lugar de Nacimiento: CIUDAD DE NACIMIENTO	Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA DE NACIMIENTO	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
C.C. No.: N° DOCUMENTO	Dirección Residencia: DIRECCIÓN	
Teléfono Residencia: TELÉFONO	Correo(s) electrónico(s) personal(es): CORREO ELECTRÓNICO	
Ciudad: DE RESIDENCIA	Barrio: DE RESIDENCIA	Empresa: COLPENSIONES
No. de celulares: CELULAR	Fecha expedición identificación: DD/MM/AAAA	
INFORMACIÓN BANCARIA		
Banco: NOMBRE DEL BANCO	Cuenta: Corriente	Ahorros <input type="checkbox"/>
Número de cuenta: N° DE CUENTA BANCARIA	Ciudad: CIUDAD	
Banco:	Cuenta: Corriente	Ahorros <input type="checkbox"/>
Número de cuenta:	Ciudad:	
REFERENCIAS PERSONAL		
Apellidos y Nombre: APELLIDOS Y NOMBRE		
Teléfono residencia: TELÉFONO	Dirección residencia: DIRECCIÓN	
Celular: CELULAR	E-mail: CORREO ELECTRÓNICO	
PERSONAL		
Apellidos y Nombre: APELLIDOS Y NOMBRE		
Teléfono residencia: TELÉFONO	Dirección residencia: DIRECCIÓN	
Celular: CELULAR	E-mail: CORREO ELECTRÓNICO	
FAMILIAR		
Apellidos y Nombre: APELLIDOS Y NOMBRE		
Teléfono residencia: TELÉFONO	Dirección residencia: DIRECCIÓN	
Celular: CELULAR	E-mail: CORREO ELECTRÓNICO	
FAMILIAR		
Apellidos y Nombre: APELLIDOS Y NOMBRE		
Teléfono residencia: TELÉFONO	Dirección residencia: DIRECCIÓN	
Celular: CELULAR	E-mail: CORREO ELECTRÓNICO	
AUTORIZACION DE REPORTE A CENTRALES DE RIESGO		
<p>Como deudor de la obligación afianzada por AFIANCOL COLOMBIA S.A.S., autorizo de manera expresa e irrevocable a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro a cualquier título la calidad de acreedor, a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiere a mi comportamiento crediticio, financiero y comercial a las Centrales de Riesgo legalmente autorizadas. Lo anterior implica que mi comportamiento frente a mis obligaciones permanecerá reflejado de manera completa en las mencionadas bases de datos con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales y crediticias. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a éstas, de conformidad con la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico aplicable. En caso de que en el futuro, el autorizado en este documento efectúe una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo a favor de un tercero, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste, en los mismos términos y condiciones.</p>		
ACEPTACION DE LA FIANZA, AUTORIZACION DE DESCUENTOS Y DE ENTREGA DE INFORMACION		
<p>Declaro que conozco y acepto que el crédito otorgado será afianzado por AFIANCOL COLOMBIA S.A.S., y autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador para:</p> <ol style="list-style-type: none"> Que el costo de esta fianza sea incluido en el valor de la cuota mensual de amortización del préstamo y sea descontado directamente de mi salario mensual y conforme a la política establecida por el beneficiario de la fianza (acreedor); Que en el evento en que, al momento de retirarme de la entidad empleadora, quede algún saldo adeudado a favor del beneficiario de la fianza (acreedor), mi empresa empleadora descuente dicho valor de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y/o de cualquier pago que mi empleador deba hacerme y lo entregue al beneficiario de la fianza (acreedor); 1. Que entregue con destino al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. copia simple de mi liquidación de prestaciones, así como también de mi documento de identidad en el momento de mi retiro; Que en caso de incapacidad o embargo, envíe copia simple al beneficiario de la fianza y/o a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S del documento que acredite dicha eventualidad expedido por la autoridad competente Que, al momento de retiro, informe a AFIANCOL COLOMBIA S.A.S. todas las obligaciones que hayan sido garantizadas por mí mediante libranza, indicando fecha de constitución, monto de la obligación y acreedor de cada una de ellas. 		

	GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO	GUI-CRE-01 Versión: 1.0 Fecha: 23/04/2024
---	---	---

Formato Afiancol: Diligenciar en caso de que los aportes no respalden el 90% de valor solicitado

	FOR-AFI-VTA-05	VERSIÓN 6
	AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO	22/01/2024

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS	
<p>Autorizo a la entidad que me otorga el crédito (beneficiario de la fianza) para que, con el fin de garantizar mis obligaciones contraídas con ella y de cumplir mis obligaciones como afianzado, comparta mi información personal con AFIANCOL COLOMBIA S.A. S Adicionalmente autorizo a AFIANCOL COLOMBIA S.A. S para acceder a los datos personales contenidos en operadores de información de Seguridad Social, proveedores tecnológicos de facturación y Nomina Electrónica, a recolectar, almacenar y usar mi información con el fin de dar cumplimiento a mis obligaciones contractuales adquiridas con ella y las demás finalidades establecidas en su Política de Protección de Datos.</p>	
<p>Estimado cliente, le informamos que nuestra política de protección de datos, la cual incluye las finalidades del tratamiento de su información, así como el procedimiento para el ejercicio de los derechos de acceso, corrección, actualización o supresión de datos, puede ser consultada en www.afiancolcolombia.com.</p>	
<p>Firma y huella asociado (a) y fecha de diligenciamiento:</p> <p style="text-align: center;"> F I R M A D E B E R E G I S T R A R L A H U E L L A F E C H A D E S O L I C I T U D Fecha: DD/MM/AAAA </p>	<p>Organización solidaria. Firma y sello autorizado:</p>



GUÍA DILIGENCIAMIENTO FORMATOS DE SOLICITUD DE CRÉDITO

GUI-CRE-01

Versión: 1.0

Fecha: 23/04/2024

Formato Suramericana; Aplica cuanto el valor solicitado es mayor o igual a \$5.000.000

suramericana

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofic. Radicación: _____ Póliza No.: _____ Fecha Inicio de Vigencia: _____ Fecha Fin de Vigencia: _____ Número Solicitud: _____

Póliza Nueva Ingreso Modificación Renovación

Forma de pago prima

Mensual Trimestral Semestral Anual

Sistema de ajuste

Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder Razón Social o Nombre del Asesor (Código Asesor: % Participación) (Otro Asesor: razón y participen en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Código Asesor: % Participación) (Primero Nombre, luego Apellidos)

Asesor 1: Razón Social / Nombre del Asesor: _____ Código Asesor: % Participación: _____
 Asesor 2: Razón Social / Nombre del Asesor: _____ Código Asesor: % Participación: _____

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de identificación: C.C. C.E. P.A. NIT Número de identificación: _____

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

Tipo de Institución: Pública Privada

Dirección Correspondencia: _____ Ciudad / Departamento: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono (sin indicativo): _____

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de identificación: C.C. C.E. P.A. Número de documento: _____

NOMBRE Y APELLIDO

Nombre y Apellido del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos): _____

SEXO

F M Indefinido

FECHA DE NACIMIENTO

Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL DEUDOR (PERSONA)

ESTADURA

C.C. C.E. P.A. NIT

CIUDAD

Ciudad: _____

DEPARTAMENTO

Departamento: _____

TELÉFONO

Teléfono (sin indicativo): _____

CELULAR

Celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$ VALOR EN PESOS

Modidad de Valor Asegurado: Saldo Insóluto Valor Inicial Crédito (Constante)

AMPAROS

Vida Invalida por Accidente o Enfermedad Bono para Gastos Funerarios (pago único) % \$

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$ _____

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insóluto de la deuda. El remanente correspondiente a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

Con derecho a Acrecimiento SI NO

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	% Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	% Parentesco

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: Enfermedades cardiovasculares Infarto del miocardio Arritmias Hipertensión arterial Colesterol (Tratado con medicamentos) Ceguera Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) Diabetes Lepra o trombofilia cerebral Epilepsia Enfisema (EPOC) Bronquitis Crónica Cáncer Leucemia Lúpus Tumores malignos SIDA o VIH positivo Insuficiencia Renal Esclerosis múltiple Artritis reumatoidea Diabetes Pancreatitis Hepatitis B o C Cirrosis Retardo mental Trastornos psiquiátricos Alcoholismo Hipertiroidismo Parálisis Deformidades corporales Sordera total o parcial Hernia de columna Pérdida funcional o anatómica Otra Enfermedad ¿Cuál? _____

Ha estado en tratamiento para: Alcoholismo Drogadicción Sí NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Número del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Número del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Número del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Número del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaro (amos) que gozo (amos) de buena salud y que la información que suministro en esta solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) obligación es tápermitida por la ley y/o ejercicio (amos) actividad económica y no ejerzo (amos) actividad económica en el momento de contratar el seguro y que esta declaración es parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna en caso de la expedición de la póliza o certificación en caso de cobro.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo a SURAMERICANA S.A. para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad de vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, (incluido biométricos), que es un dato sensible, para los fines que se mencionan en el presente contrato, y la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A. en tener que compartir mi información con FISCOSOL de INVERFI ASS. A con la finalidad de administrar y proyectar los datos del sector asegurador, con personas jurídicas, que admiten bases de datos, para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgo, con Centros de Información y Riesgo, con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero, con aliados estratégicos, intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias, con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A. para consultar y obtener copias de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar la revocación de la autorización otorgada para el tratamiento de datos sensibles, o revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A., para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comuníquese a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 80005 18888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORSA EN EL PAGO DE LA PRIMA - DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico (amos) que el Asesor (me) (nos) explicó coherentemente el contenido del contrato, y la información que contiene. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro.

PRIMA

DEBE REGISTRAR LA HUELLA

Huella Índice Derecho Aliado o Tomador: _____

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) _____

FECHA DE SOLICITUD

Firma del Aliado o Tomador: _____

Número de identificación / NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T: Tarjeta de identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.B.: Carré Diplomático - C.E.: Cédula de Extraneidad - P.A.: Pasaporte - N: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Competencia Permanente - B: Bijo - PA: Pátrula - An: Antigo - AE: Añadido - EP: E. Permanente - N: Nacionalidad - E: Estado Civil - S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado

F02-83-267

Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/02/2013 **epotema**

- SURAMERICANA -

www.sura.com