

	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 o 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 LINEA:

CREDIFÁCIL

LIBRE DESTINO

PRIMA ANTICIPADA

CREDIAPORTES

FONCONVENIOS

PROMOCIONAL

Nombre de la línea promocional

Por \$

Valor en números

Cantidad en letras

Valor en letras

Suma que cancelaré en

No 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

Numero cuenta bancaria

banco

Nombre

mi nombre.

DATOS PERSONALES	DEUDOR PRINCIPAL	DEUDOR SOLIDARIO	DEUDOR SOLIDARIO
Nombres	Nombres		
Apellidos	Apellidos		
Documento de Identidad	No. de Documento		
Cargo	Cargo		
Teléfono/Extensión	Telefono		
Dirección Residencia	Dirección		
Teléfono Residencia	Teléfono		
Ciudad	Ciudad		
Teléfono Celular	Celular		
Correo electrónico	Correo Electrónico		
Sueldo básico mensual	Sueldo Base		
Vivienda	Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐	Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐	Propia ☐ Arrendada ☐ Familiar ☐

DECLARACION 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 numero en letras y 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 adeude a la fecha de mi retiro, la suma de dinero que FONDECOLP les Comuniqué, 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 aplicación de la Ley 1266 de 2008.

La presente forma autoriza a FONDECOLP para que me consulte al registro nacional de deudores de la Ley 1266 de 2008.

	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 FONDECOP 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 	DEBE REGISTRAR LA HUELLA	Firma 	Huella 	Firma 	Huella 
Nombre NOMBRE Y APELLIDOS DEUDOR PRINCIPAL C.C. NÚMERO DE DOCUMENTO	Nombre DEUDOR SOLIDARIO C.C.	Nombre DEUDOR SOLIDARIO C.C.			

Vo. Bo. GERENTE _____

COMITÉ DE CRÉDITO _____

NOMBRE: _____

APROBADO ☐	NEGADO ☐	APROBADO ☐	NEGADO ☐	APROBADO ☐	NEGADO ☐
-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

OBSERVACIONES: _____



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

Autorización consulta centrales de riesgo

FORMATO DE AUTORIZACIÓN

CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO – VINCULACIÓN DE CLIENTES

Yo, Nombre y Apellido completo identificado con la cedula de ciudadanía No Numero de Identificación Expedida en Ciudad de Expedición Con la firma del presente documento, actuando en nombre propio o en representación de la entidad que represento, declaro que la información suministrada **es verídica, completa, exacta y actualizada**.

En ejercicio de mi derecho a la libertad y autodeterminación informática, **autorizó expresa e irrevocablemente a FONDECORLP** identificada con NIT 900.950.893, o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la misma posición contractual de acreedor, para que realice las siguientes acciones:

a) Consultar, en cualquier tiempo, en Datacrédito Experian o en cualquier otra base de datos manejada por un operador de información financiera y crediticia, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago, la viabilidad para entablar o mantener una relación contractual, y demás finalidades establecidas en el artículo 15 de la Ley 1266 de 2008

b) Reportar a Datacrédito Experian o a cualquier otra base de datos manejada por un operador de información financiera y crediticia, toda la información referente a mi comportamiento comercial y al cumplimiento o el incumplimiento, si lo hubiere, de mis obligaciones crediticias, mis deberes legales de contenido patrimonial, mis datos de ubicación y contacto (número de teléfono fijo, número de teléfono celular, dirección de domicilio, dirección laboral y correo electrónico), mis solicitudes de crédito, así como otros datos atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

La autorización anterior no me impedirá a mi y/o a mi representada ejercer el derecho a corroborar en cualquier tiempo en FONDECORLP en Datacrédito Experian o en la central de información a la cual se hayan suministrado los datos, que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y en caso de que no lo sea, a que se deje constancia de mi desacuerdo, a exigir la rectificación y a ser informado sobre las correcciones efectuadas.



Huella

FIRMA DEL TITULAR DEL DATO.
C.C.

	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 CS.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:

- 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 **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”.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- En caso de fallecimiento autorizo al señor pagador de la entidad donde trabajo para que descuente de mis honorarios, pensión, sueldo, prestaciones sociales y demás prebendas los saldos correspondientes a préstamos, sus intereses y cualquier obligación a favor de FONDECOLP.
- 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:		
------------------------------	--	--

<table><tr><th>Concepto</th><th>Porcentaje</th><th>Cuota</th></tr><tr><td>Aportes Obligatorio </td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ahorro Voluntario </td><td></td><td></td></tr><tr><td>Solicitud Préstamo </td><td></td><td></td></tr><tr><td>Convenios </td><td></td><td></td></tr><tr><td>Tarjeta GES </td><td></td><td></td></tr><tr><td>Otros </td><td></td><td></td></tr><tr><td>Total</td><td></td><td></td></tr></table>	Concepto	Porcentaje	Cuota	Aportes Obligatorio			Ahorro Voluntario			Solicitud Préstamo			Convenios			Tarjeta GES			Otros			Total			<table><tr><td>Firma Fondo de Empleados FONDECOLP</td></tr><tr><td>Firma y Sello Pagador</td></tr></table>	Firma Fondo de Empleados FONDECOLP	Firma y Sello Pagador
Concepto	Porcentaje	Cuota																									
Aportes Obligatorio																											
Ahorro Voluntario																											
Solicitud Préstamo																											
Convenios																											
Tarjeta GES																											
Otros																											
Total																											
Firma Fondo de Empleados FONDECOLP																											
Firma y Sello Pagador																											

Nombre asociado	Huella	Firma y No. C.C.
NOMBRE Y APELLIDO	DEBE REGISTRAR LA HUELLA	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, reconoceremos 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 886 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 promoga o de modificación de los términos de este instrumento ya se refieran 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 descuente 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 tramite omitiendo la autorización por carta. **DECIMOSEGUNDO:** Autorizamos al señor pagador de la entidad donde trabajamos o Fondo de pensiones para que descuente 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 fuera 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 descuente 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 renuencia 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, solicitarsaldo 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, reconocemos 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: reconocemos 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. DECIMOOCOTAVO: En ningún caso me acogere 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 descuento 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: 1. FONDECOLP podrá llenar los espacios en blanco y utilizar el pagaré 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 2. 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. 3. La fecha del vencimiento será la del día en que se hizo exigible la respectiva obligación. 4. 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. 5. 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. 6. Se autoriza consultar y reportar a Centrales de riesgos por los presentes firmantes 7. 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 _____							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> NOMBRE Y APELLIDO NOMBRE SOLICITANTE FIRMA Firma Solicitante DIRECCIÓN Dirección Residencia TELÉFONO Teléfono </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> DEBE REGISTRAR LA HUELLA </td> <td style="width: 60%; vertical-align: top;"> Nombre Deudor Solidario (1) Firma Deudor Solidario Dirección Residencia Teléfono </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Nombre Deudor Solidario (2) Firma Deudor Solidario Dirección Residencia Teléfono </td> <td></td> <td style="vertical-align: top;"> Nombre Deudor Solidario (3) Firma Deudor Solidario Dirección Residencia Teléfono </td> </tr> </table>		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
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: Diligenciar en caso de que los aportes no respalden el 90% de valor solicitado.

Afiancol Crece, nosotros te respaldamos	AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO	
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO - LIBRANZA	
	Creado por: Área Jurídica - Sharon Sánchez	Versión: 00
	Aprobado por: Área Jurídica - Adriana Lozano	Páginas: 1/2
	Fecha Creación: 2026-02-11	Fecha Actualización: AAAA-MM-DD

DATOS DEUDOR			
Número de la solicitud de crédito afianzado:			
Apellidos y Nombre:		Apellidos y Nombre	
Lugar de Nacimiento:	Lugar de nacimiento	Fecha Nacimiento	Sexo F: ☐ M: ☐
	DD/MM/AAAA	Fecha de nacimiento	
C.C. No.:	# cedula	Dirección Residencia:	Dirección
Correo(s) electrónico(s) personal(es): Correo electronico personal			
Ciudad:	Ciudad	Barrio:	Barrio
Empresa:	Empresa donde labora		
No. de celulares:	Numero de celulares		Fecha expedición identificación: expedición cedula
INFORMACIÓN BANCARIA			
Banco:	Nombre del banco	Cuenta:	Corriente ☐ Ahorros ☐
Número de cuenta:	Numero de cuenta	Ciudad:	
Banco:		Cuenta:	Corriente ☐ Ahorros ☐
Número de cuenta:		Ciudad:	
AUTORIZACIÓN DE REPORTE A CENTRALES DE RIESGO			
Como deudor de la obligación afianzada, autorizo expresa e irrevocablemente a AFIANCOL S.A.S. o a quien represente sus derechos u ostente a cualquier título la calidad de acreedor para que, sin restricción de periodicidad y durante la vigencia de mi obligación pueda consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar la información relativa a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a las Centrales de Riesgo autorizadas dentro del término legal. 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, crediticias, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza. Por lo tanto, conocerán mi información quienes se encuentren afiliados a dichas centrales y/o que tengan acceso a estas, según la legislación aplicable. La permanencia de mi información en las bases de datos será determinada por el ordenamiento jurídico. Si en el futuro, el autorizado en este documento efectúa 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 este, en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a las Centrales de Riesgo a que, en su calidad de operador, pongan mi información a disposición de otros operadores nacionales o extranjeros, en los términos que establece la ley, siempre y cuando su objeto sea similar al aquí establecido.			

ACEPTACIÓN DE LA FIANZA, AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS Y ENTREGA DE INFORMACIÓN
Declaro que conozco y acepto que el crédito otorgado será afianzado por AFIANCOL S.A.S., y autorizo expresa e irrevocablemente a mi empleador para:
1. 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, conforme a la política establecida por el beneficiario de la fianza (acreedor).
2. Que a mi retiro de la entidad empleadora y en el evento de que adeude algún saldo a favor del beneficiario de la fianza (acreedor), el empleador descuente dicho valor de mi liquidación de prestaciones sociales, indemnizaciones, vacaciones y/o de cualquier pago que deba hacerme y lo entregue al beneficiario de la fianza (acreedor).
3. Que entregue con destino al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL S.A.S. copia simple de mi liquidación de prestaciones y de mi documento de identidad al retirarme de la entidad empleadora.
4. Que, en los casos de incapacidad o embargo, envíe copia simple al beneficiario de la fianza (acreedor) y/o a AFIANCOL S.A.S. del documento idóneo que acredite dicha eventualidad expedido por la autoridad competente.
5. Que, al retirarme de la empresa, informe a AFIANCOL S.A.S. sobre todas las obligaciones que hayan sido adquiridas por mí mediante libranza, indicando fecha de constitución, monto de la obligación y acreedor de cada una.



	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.

	AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO			
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE AFIANZAMIENTO - LIBRANZA			
	Creado por:	Área Jurídica - Sharon Sánchez	Versión:	00
	Aprobado por:	Área Jurídica - Adriana Lozano	Páginas:	2/2
	Fecha Creación:	2026-02-11	Fecha Actualización:	AAAA-MM-DD

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS	
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, transfiera y comparta mi información personal con AFIANCOL S.A.S., quien actuará como Responsable del Tratamiento. Adicionalmente, autorizo a AFIANCOL S.A.S. para acceder, directa o a través de terceros, a los datos personales contenidos en bases públicas y privadas de información de seguridad social, proveedores tecnológicos de facturación y nómina electrónica, a recolectarlas, almacenarlas y usar mi información con el fin de realizar análisis de riesgos, gestión de cobranza, reporte a centrales de riesgo y, en general, dar cumplimiento a mis obligaciones contractuales adquiridas con ella y las demás finalidades establecidas en su Política de Protección de Datos. Estimado cliente, le informamos que, como titular de los datos, le asisten los derechos de conocer, actualizar, rectificar, suprimir su información, así como a revocar esta autorización cuando no medie un deber legal o contractual. Nuestra política de protección de datos, que incluye las finalidades del tratamiento de su información y el procedimiento para el ejercicio de sus derechos, puede ser consultada en www.afiancolcolombia.com. Yo, AUTORIZO a AFIANCOL S.A.S. para que, con fines comerciales (información de sus servicios), publicitarios y de gestión de cobranza, me contacte a través de los siguientes canales: Debe elegir una o varias opciones ☐ Llamada Telefónica ☐ Correo Electrónico ☐ WhatsApp ☐ Mensaje SMS ☐ Dirección Correspondencia ☐ Todas las Anteriores	
Firma y huella asociado (a) y fecha de diligenciamiento: Firma Fecha FIRMA DD/MM/AAAA	Organización solidaria. Firma y sello autorizado:





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

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

suramericana



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		Sistema de ajuste					
☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual		☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) ☐ Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)					
INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)							
Averigüe que participa en el seguro. Indique los datos del Liber-Razón Social o Nombre del Asegurador. Código Asegurador: % Participación (Primer Nombre, luego Apellido)							
INFORMACIÓN DEL TOMADOR							
Tipo de identificación: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ NIT		Número de identificación		Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primer Nombre, luego Apellido)		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 identificación		Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primer Nombre, luego Apellido)		Sexo: ☐ F ☐ M	
PESO		ESTATURA		CIUDAD		DEPARTAMENTO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO		CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO	
INFORMACIÓN DEL SEGURO							
Valor Crédito: \$ VALOR EN PESOS		Amparos: ☐ Vida ☐ Invalidez por Accidente o Enfermedad ☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único)		Valor Asegurado: \$		VALOR PRIMA (según forma de pago pactada): \$	
INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES							
El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El tomador correspondiente a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley							
INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS							
Identificación: Tipo / Número		Nombre y Apellidos		Parentesco		Con derecho a Acreditamiento: ☐ SI ☒ NO	
1.							
2.							
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD							
1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: ☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del miocardio ☐ Asma ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Ceguera ☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) ☐ Diabetes ☐ Insuficiencia renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artrosis reumatoide ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis crónica ☐ Cáncer ☐ Leucemia ☐ Lúpus ☐ Tumores malignos ☐ SIDA o VIH positivo ☐ Insuficiencia renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artrosis reumatoide ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis crónica ☐ Cáncer ☐ Leucemia ☐ Lúpus ☐ Transmisión psiquiátrica ☐ Alcoholismo ☐ Hipertensión ☐ Parálisis ☐ Deterioros corporales ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna ☐ Pérdida funcional o anatómica ☐ Otra enfermedad, ¿Cuál? ☐ Consumo Actualmente drogas estimulantes ☐ Ha estado en tratamiento o par: ☐ Alcoholismo ☐ Drogadicción ☐ SI ☒ NO							
En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:							
Nombre del Médico tratante		Nombre de la Institución Médica		EPS		Enfermedad	
1.							
2.							
2. ¿Ha estado hospitalizado u hospitalizado en el último año por más de 48 horas, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o se será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?							
En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:							
Nombre del Médico tratante		Nombre de la Institución Médica		EPS		Enfermedad	
1.							
2.							
CLÁUSULA DE GARANTÍA							
Declaro que gozo de buena salud y que la información que suministré en este documento es verídica y correcta. Quiero que mi seguro sea válido y que me permita disfrutar de mis actividades de ocio y recreación. Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asuma responsabilidad alguna si no mediante la expedición de la póliza certificada en su respectiva cobertura.							
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 al tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A. a entregar o compartir mi información con: FISECOLA de VERITAS, con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos, para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, 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, compañías de seguros, firmas y subagentes, con fines de comercialización de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A. para consultar y obtener copia 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 prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre a los que se ha dado a los mismos, 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., por lo que los derechos sobre sus datos personales, comunicados a la línea de Atención al Cliente 8000 180 85 en el territorio del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com							
TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MOROSIDAD 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 PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO							
CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR							
Certifico (amos) que el Asegurador (amos) explicó cabalmente el contenido del contrato, y la información necesaria para la toma de decisión, habiendo leído y aceptado los términos y condiciones en esta Solicitud de Seguro.							
FIRMA		DEBE REGISTRAR LA HUELLA		FECHA DE SOLICITUD			
Firma del Afiliado o Tomador		Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador		Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)			
Número de identificación		NÚMERO DE DOCUMENTO		FECHA DE SOLICITUD			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T: Tarjeta de Identidad - C.C. Cédula de Ciudadanía - C.B. Cédula Diplomática - C.E. Cédula de Embaraje - P.A. Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Proprietario (Padre-Madre) OP: Concedente (Paternidad) - RH: Hijo - PA: Padre - AM: Amigo - AF: Afiliado - SED: P. Parentesco - M: Mascota - ESTAB: OMO: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado							
FOLIO 207							
Fecha de partir de la cual se utiliza: 01/02/2021							
- SURAMERICANA -							
www.sura.com							