

N° radicado		Monto Aprobado (\$)		Plazo (Q)		Refinancia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N° Pagare(s) a refinanciar		
Fecha Día Mes Año			Ciudad		Servicios solicitado Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/>			Monto Solicitado (\$)		
Tipo de usuario Solicitante <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>				Si es codeudor favor colocar:						
Reingreso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Fecha de Primera Vinculación Día / Mes / Año		Nombre deudor			N° identificación deudor			
INFORMACIÓN PERSONAL										
Nombre (s)				Primer apellido			Segundo apellido			
Tipo de documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		N° de identificación		Fecha de expedición Día / Mes / Año		Lugar de expedición				
Fecha de nacimiento Día / Mes / Año		Ciudad de nacimiento			Departamento de nacimiento		País de nacimiento			
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado		Nivel de estudios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post-grado <input type="checkbox"/> Otro			Título Profesional		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		N° de hijos	N° de personas a cargo
¿El solicitante tiene alguna relación con PEP's? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					¿El solicitante está catalogado como PEP's? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
DIRECCIONES										
Teléfono		Celular		Correo electrónico principal						
Dirección de residencia			Barrio		Municipio		Departamento			
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar		Estrato vivienda			Tiempo en la vivienda (meses)					
INFORMACIÓN LABORAL										
Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Cesante				Tipo de contrato (solo empleados) <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o Labor <input type="checkbox"/> Prestación de servicios <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Aprendizaje						
(solo para empleados) Empleado del sector privado <input type="checkbox"/> Empleado del sector público <input type="checkbox"/>				Actividad económica			¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Empresa donde labora			Cargo			Fecha de vinculación Día / Mes / Año		Fecha de terminación Día / Mes / Año		
Dirección empresa			Barrio		Municipio		Departamento			
SOLO INDEPENDIENTES										
<input type="checkbox"/> Formal <input type="checkbox"/> Informal		Tipo de Régimen Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/>		Descripción de la actividad						
N° de empleados		¿Tiene local comercial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre del arrendador			Teléfono arrendador			
INFORMACIÓN FINANCIERA										
INGRESOS					EGRESOS					
1. Salario					1 Valor arriendo					
2. Pensión					2. Obligaciones financieras					
3. Arrendamientos					3. Gastos familiares					
4. ventas de su actividad principal					4 Otros egresos					
5. otros ingresos					5 Total egresos					
6. Total ingresos					Descripción otros ingresos y egresos					
¿Es declarante de renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
ACTIVOS										
¿Tiene propiedad raíz? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Dirección							
Tipo de propiedad Casa <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/>			Departamento			Ciudad				
			Valor comercial \$			Hipoteca a favor de				
¿Tiene vehículo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Marca			Valor comercial \$				
			Placa			Prenda a favor de				
PASIVOS					OPERACIÓN MONEDA EXTRANJERA					
Saldo deudas Financieras		\$		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Posee cuentas en el exterior? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Saldo deudas con terceros		\$		Entidad			Tipo Moneda			
Otras ¿Cuáles?		\$		Monto			Tipo Producto			
TOTAL PASIVOS		\$		Ciudad			País			
					Tipo de operación <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Prestamos <input type="checkbox"/> Otras ¿cuáles? _____					

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

Nombres y apellidos completos		
Documento de identificación	Fecha de nacimiento	
Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde labora	
Cargo	Salario / Ingresos(\$)	Celular

REFERENCIAS FAMILIARES (que no vivan con usted)

Nombres y apellidos completos		Parentesco
Celular	Teléfono residencia	Nombre empresa

REFERENCIAS PERSONALES

Nombres y apellidos completos		Relación
Celular	Teléfono residencia	Nombre empresa

I. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

De acuerdo con lo establecido por la ley y sus reglamentos, la Superintendencia de economía solidaria y demás autoridades pertinentes declaro que:

- DECLARACIONES DE ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES.** Yo, _____ identificado con documento de identidad N° _____, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a ESTAR, con el propósito de dar cumplimiento a las disposiciones legales:
 - El origen de los dineros bienes y/o fondos y demás operaciones que tramito a través de ESTAR, proceden del giro ordinario de actividades lícitas, tales como _____.
 - No admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas
 - Autorizo saldar las cuentas que mantenga en esta entidad, en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo a la Entidad de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa e inexacta que hubiere proporcionado.
 - Autorizo a la Mutual Estar para cancelar las cuentas y depósitos que tenga en esta entidad, en caso de infracción de cualquiera de las obligaciones señaladas en los numerales anteriores de este documento, y la eximo de toda responsabilidad que se derive por la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.
- Autorizo expresa e irrevocablemente a ESTAR, para debitar de los depósitos que posea en la entidad, sin previo aviso, cualquier suma de dinero para cubrir las cuotas que se deriven de las obligaciones o el pago parcial o absoluto de los saldos vencidos y en mora de las mismas. De igual manera para cubrir los aportes mínimos requeridos y demás conceptos a que haya lugar
- Declaro que acepto y conozco que he recibido en forma previa al desembolso información completa, legible y comprensible de las condiciones y entendimiento de los términos del contrato de crédito, especialmente acerca de: Monto de capital, forma y periodicidad de pago, valor de cada cuota, fecha de pago, tasas de interés de plazo, mora en términos efectivos anuales, naturaleza fija o variable de la tasa de interés, gastos, comisiones y recargos aplicables, derecho de acceso a su calificación de riesgo, condiciones de pago anticipado (descripción de cómo se imputaran los pagos anticipados que se hagan).
- Yo _____ CC _____ autorizo de forma libre, voluntaria y expresamente, que en caso de el pago se pacte por deducción de nómina o pago por taquilla y exista un abono o pago anticipado al crédito, aplicarme la siguiente opción:
Se abonará a capital con disminución de plazo del crédito. _____
Se abonará a capital con disminución de cuota _____
- GESTION DE COBRANZA:** Declaro que recibí información clara, precisa y comprensible de las a) Políticas y mecanismos de cobranza (gestión administrativa, jurídica, y pre-jurídica en caso de que se requiera). También recibí información que, en caso de incurrir en mora, ESTAR podrá iniciar de manera inmediata la gestión de cobro, tanto al codeudor, como al titular y la aplicación de las garantías que hubiere lugar, los gastos de cobranza y los mecanismos de comunicación ya sean por correo tradicional, correo electrónico, llamadas, mensajes de texto u otros medios tecnológicos que estén vigentes. Declaro además que recibí información clara, precisa y comprensible de; Gastos derivados de la gestión de cobranza, forma de determinarlos y liquidarlos, Dependencias internas o externas autorizadas para adelantar las gestiones de cobranza, Personas y entidades autorizadas para celebrar acuerdos de pago, Canales habilitados para efectuar el pago.

Además, autorizo de forma libre, voluntaria y expresamente, que, para procesos de cobranza, me comunique por los siguientes medios; (señalar dos)
Correo electrónico: Telefonía celular: Mensajes de texto: Correspondencia física domicilio: WhatsApp:

- SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN. EL SOLICITANTE** se obliga con ESTAR a entregar información veraz y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera, por lo menos una (1) vez al año, o cada vez que así lo solicite LA MUTUAL, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. El incumplimiento de esta obligación, faculta a ESTAR para terminar de manera inmediata y unilateral cualquier tipo de relación que tenga con EL CLIENTE, el asociado o cualquier parte interesada.

- AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA, REPORTE Y PROCESAMIENTO DE DATOS CREDITICIOS, FINANCIEROS, COMERCIALES, DE SERVICIOS EN LA CENTRAL DE INFORMACIÓN Y A CUALQUIER OTRA ENTIDAD PÚBLICA O PRIVADA DE CENTRALES DE RIESGO**

De forma libre, voluntariamente, autorizo de manera expresa e irrevocable a la Asociación Mutual Estar, o a quien represente sus derechos, a consultar, solicitar, suministrar reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios, a cualquier entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos, CENTRAL DE RIESGOS, cualquier otra Entidad Financiera de Colombia, o a quien represente sus derechos. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias, de servicios. En consecuencia, quienes se encuentren afiliados y/o tengan acceso a la entidad pública o privada que administre o maneje bases de datos CENTRAL DE RIESGOS podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones, así como la permanencia de mi información en las bases de datos corresponden a lo determinado por el ordenamiento jurídico aplicable del cual, por ser de carácter público, estoy enterado. En caso de que, en el futuro, el autorizado en este documento efectúe, a favor de un tercero, una venta de cartera o una cesión a cualquier título de las obligaciones a mi cargo, los efectos de la presente autorización se extenderán a éste en los mismos términos y condiciones. Así mismo, autorizo a la central de información a que, en su calidad de operador, ponga 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.

- AUTORIZACIÓN GENERAL PARA EL MANEJO DE DATOS PERSONALES.** Declaro que la información suministrada por mí y la que en el futuro suministre a ESTAR, a través de cualquier medio, sea esta comercial, profesional, técnica, administrativa o financiera, es veraz, actual, verificable, completa y exacta. En calidad de titular de mi información personal, incluida la de carácter financiero, crediticio, comercial, de servicios, datos biométricos, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera previa y expresa para que directamente realice(n) el siguiente tratamiento, manejo y administración de dicha información, sin que esto de lugar a pagos ni retribuciones de ningún tipo a mi favor:

- La almacene(n), consulte(n), analice(n), evalúe(n), compare(n), procese(n), reporte(n), obtenga(n), actualice(n), compile(n), trate(n), envíe(n), rectifique(n), emplee(n), elimine(n), suministre(n), ordene(n), catalogue(n), clasifique(n), grabe(n) y conserve(n).
- La divulgue(n) a los operadores, centrales o bases de información, áreas de crédito y/o a cualquier otra Entidad nacional o extranjera que tenga los mismos o similares fines a los expresados en el presente escrito.
- La verifique(n), confirme(n), valide(n) y/o investigue(n) con los datos que obtenga y los que disponga(n) legítimamente.
- La suministre(n) a contratistas o terceras personas nacionales o extranjeras, quienes desarrollen procesos operativos propios del objeto o de administración de riesgos bajo la responsabilidad de La Mutual
- Para que acceda(n), consulte(n), compare(n) y analice(n) mi información almacenada en bases de datos de centrales de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituidas, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o en cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera completa e histórica mi comportamiento como deudor, codeudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, asociado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios, servicios financieros, comerciales o cualquier otra actividad asociada a las anteriores. Las finalidades de las actividades de tratamiento, manejo y administración de dicha información que realice(n) las autorizadas anteriormente, son las siguientes:
 - Para establecer y mantener una relación contractual cualquiera que sea su naturaleza.
 - Para efectuar evaluación de riesgos derivados de una relación contractual potencial y/o vigente.
 - Adelantar estudios de mercadeo, investigaciones comerciales y/o estadísticas.
 - Ofrecer de manera individual o conjunta con terceros, productos y servicios propios o de terceros, así como para realizar campañas de promoción.
 - Adelantar cualquier trámite ante autoridad pública o persona privada, incluido el cobro de cartera.
 - Transmitir la información y datos con destino a las autoridades locales o extranjeras y/o entidades extranjeras que lo requieran en cumplimiento de las obligaciones establecidas en normas y/o convenios aplicables.
 - El envío de notificaciones, alertas e información legal y de seguridad al terminal móvil, correo electrónico, aplicaciones de mensajería para teléfono inteligente, y/o cualquier otro mecanismo de contacto.

- Otras Autorizaciones:** Autorizo de manera expresa a ESTAR, para que en caso de que esta solicitud sea negada no me la devuelva y destruyan todos los documentos que he presentado. Doy además como garantía los ahorros y depósitos que poseo o que llegue a poseer como titular en ESTAR y los autorizo de forma libre, voluntaria y expresamente para que, con cargo a estas, automáticamente se abone a cualquier eventualidad que se presente.

Autorizo el envío de información comercial, financiera, de productos y servicios a los siguientes medios; (señalar dos)
Correo electrónico: Telefonía celular: Mensajes de texto: Correspondencia física domicilio: WhatsApp:

Certifico(amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo

Firma Nombre N° de identificación	 Huella índice derecho
---	---

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN – USO EXCLUSIVO ESTAR

¿El solicitante ha tenido productos con ESTAR? ¿Se aportó toda la documentación exigida? ¿Es o tiene parentesco con algún empleado o Directivo? ¿Se verificaron las referencias? ¿El resultado de la entrevista es satisfactorio? ¿El solicitante es catalogado como PEP's? ¿Tiene alguna relación con PEP's?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de la entrevista	Hora de la entrevista:
		Día / Mes / Año	
Observaciones _____ _____		Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> Aprobado Menor Cuantía <input type="checkbox"/> ASOCIADO ACEPTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Nombre del funcionario que realiza la entrevista		FIRMAS _____ _____	



PAGARÉ A LA ORDEN N°

FECHA DE VENCIMIENTO:

Yo (Nosotros)

Pagare

Quien (es) en adelante me (nos) denominamos, el (los) **DEUDOR (DEUDORES)**, mayores de edad, identificado(s) como aparece al pie de nuestra(s) firma(s), obrando en nuestro(s) propio(s) nombre(s) y representación, declaro (declaramos) que me obligo (obligamos) a pagar solidaria e incondicionalmente en dinero efectivo, a la orden de **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, con domicilio principal en Itagüí, Identificada con NIT 900.545.855 – 4, o a quien represente sus derechos, en adelante el **ACREEDOR**, en _____ () la suma de

_____ (\$) Moneda legal, por concepto de capital y la suma de _____ (\$) por

concepto de intereses remuneratorios y moratorios causados y no pagados hasta la fecha de vencimiento de éste pagaré. En caso de incumplimiento o simple retardo pagaré (mos) sobre el saldo de capital adeudado intereses moratorios equivalentes a la tasa máxima de mora permitida por la Ley, sin perjuicio de las acciones que pueda ejercitar **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, para el cobro prejudicial o judicial de la deuda, caso en el cual pagaré (mos) además la totalidad de los costos, gastos, honorarios a que diere lugar el cobro. Serán de mí (nuestro) cargo los gastos e impuestos que se causen por el otorgamiento de este pagaré. Expresamente declaro (declaramos) excusado la presentación para el pago, el aviso de rechazo, el protesto del presente pagaré, renunciando a los requerimientos judiciales o extrajudiciales para la constitución en mora y al derecho de solicitar la división de los bienes embargados para efectos de su remate, así como al derecho de nombrar o constituirme (nos) en depositario(s) de bienes en caso de secuestro judicial. Autorizamos al tenedor para declarar insubsistente el o los plazos faltantes de las obligaciones adeudadas a su favor y a mí (nuestro) cargo, y por tanto, exigir de inmediato, ejecutivamente y sin requerimiento alguno, el pago total de dichas obligaciones, sus intereses y demás gastos ocasionados por la cobranza, en caso de incumplimiento o mora en el pago de cualquiera de las cuotas del principal o de los intereses de ésta o de cualquier otra obligación que directa, indirecta, conjunta o separadamente tenga(mos) para con el ACREEDOR. Autorizo (autorizamos) expresamente y desde ahora al ACREEDOR para que a cualquier título endose el presente pagaré o ceda el crédito incorporado en el mismo a favor de cualquier tercero sin necesidad de su notificación. Expresamente faculto (facultamos) al ACREEDOR para compensar los saldos pendientes por pagar a mí (nuestro) cargo, con los dineros que tenga depositados en cualquier cuenta de ahorros y/o en cualquier otra cuenta, depósito a la vista o a término, o suma de dinero de que sea titular en dicha entidad, ya sea en forma individual, conjunta o en forma alternativa con otra u otras personas naturales o jurídicas, autorizamos de forme libre, voluntaria y expresamente al ACREEDOR para que si así lo considera deduzca de nuestra(s) prestaciones legales, extralegales, compensaciones o solicite directamente al fondo de pensiones y cesantías PORVENIR S.A. u otro fondo el vencimiento de la cuota o el saldo total de la obligación. La solidaridad e individualidad comprometida para el pago

subsisten en caso de prórroga o de cualquier modificación a lo estipulado, aunque se pacte con uno solo de los firmantes. El pago total o parcial, tanto de los intereses de capital, de este título, se hará constar en cualquiera de estos documentos: en un anexo, en el extracto movimiento de cartera, en el soporte de pago, en el listado sistematizado o en éste pagaré si se requiere.

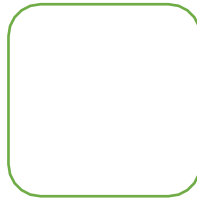
Para constancia se firma por el (los) creadores del título en la ciudad de _____ a los () días del mes de _____ del año _____ (20) dejando constancia de que en su poder ha quedado una copia del presente documento.

DEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____



CODEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____



CODEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____



CODEUDOR

Nombre: _____

Firma: _____

C.C. _____





CARTA DE INSTRUCCIONES ANEXA AL PAGARÉ A LA ORDEN N°

Señores
ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR
Ciudad

Yo, (Nosotros)

Quien (es) en adelante me (nos) denominamos, el (los) **DEUDOR (DEUDORES)**, mayores de edad, identificado(s) como aparece al pie de nuestra(s) firma(s), obrando en nuestro(s) propio(s) nombre(s) y representación, declaro (declaramos), en los términos del artículo 622 del Código de Comercio, permanente, expresa e irrevocablemente, en calidad de **DEUDOR (DEUDORES)**, autorizar a la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, con domicilio principal en Itagüí, Identificada con NIT 900.545.855 – 4, o a quien represente sus derechos, en calidad de **ACREEDOR**, o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legítimo del **PAGARÉ A LA ORDEN NÚMERO _____**, para llenar en cualquier tiempo y sin necesidad de previo aviso a mi (Nosotros), todos los espacios en blanco de dicho instrumento, con el fin de convertirlo en un documento que preste mérito ejecutivo para su cobro, de conformidad con las siguientes instrucciones:

CUANTIA: El espacio correspondiente a la “suma de” se llenará por una suma igual a la que resulte pendiente de pago de todas las obligaciones contraídas con el ACREEDOR, por concepto de capital, intereses, costos de cobro, así como cualquier otra suma que llegare a deber a la fecha en que sea llenado los espacios en blanco del pagare.

INTERESES: El acreedor y/o tenedor del pagaré, podrá llenar el espacio correspondiente a la “suma de”, incorporando el total de los intereses de plazo o remuneratorios y los intereses moratorios causados y debidos hasta la fecha en que sea llenado los espacios en blanco del pagare, según corresponda con las condiciones acordadas para el préstamo otorgado.

FECHA DE VENCIMIENTO: El espacio correspondiente a la “fecha de vencimiento” será llenado con lo que corresponda al día en que el acreedor complete el instrumento por estimarlo necesario para su cobro.

LUGAR DE PAGO: Será la ciudad donde se efectúa el cobro.

CIRCUNSTANCIAS QUE FACULTAN PARA LLENAR EL TÍTULO: Los espacios en blanco se llenarán cuando exista una de las siguientes circunstancias: Incumplimiento en el pago de una o más cuotas de capital o intereses pactados o de cualquier otra clase de obligación existente con el ACREEDOR; El incumplimiento de alguna de las obligaciones que adeudamos, sea por capital o por intereses, hará exigible el total de las obligaciones; En caso de fallecimiento, inhabilidad o incapacidad de uno cualquiera de los otorgantes; Si los bienes de uno cualquiera de los deudores son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción; El hecho de que cualquiera de los obligados por éste instrumento solicite o le sea iniciado cobro ejecutivo o entre en liquidación administrativa o judicial; Si cualquiera de los otorgantes comete inexactitudes en balances, informes, declaraciones o documentos presentados al ACREEDOR; Si los bienes dados en garantía se demeritan, los gravan, enajenan en todo o en parte, sean abandonados o dejan de ser garantía suficiente; Mala o difícil situación económica de no cualquiera de los obligados calificada por el tenedor o inminente insolvencia de uno cualquiera de los deudores; Si alguno de los otorgantes, socios o sus administradores aparecen vinculados a informaciones, investigaciones o procesos sobre lavado de activos, narcotráfico, secuestro, terrorismo o comisión de delitos contra la fe pública o el patrimonio. Si los recursos no se les da el destino para el cual fueron solicitados. En caso de retiro o pérdida de la Calidad de asociado de la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, de uno cualquiera de los obligados.

INCORPORACIÓN DEL PAGARÉ: Se adjunta al presente documento el Pagaré con espacios en blanco arriba enunciado, el cual declara haber recibido la entidad **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, comprometiéndose a custodiarlo y a utilizarlo conforme a lo aquí dispuesto, quedando plenamente autorizada y con amplias facultades para llenar el Pagaré sin necesidad de aviso previo, sin que en ningún momento podamos alegar falta de autorizaciones. Las instrucciones y

demás autorizaciones que por medio de esta carta han sido dadas al ACREEDOR, se entienden de igual manera otorgadas al tenedor legítimo del Pagaré o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor del crédito.

Declaramos, además que conocemos y hemos recibimos copia de la presente Carta de instrucciones, junto con el Plan de Pagos y amortización al Capital e interés correspondiente al crédito otorgado por la Acreedora **ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR**, los cuales aceptamos sin reserva alguna.

Para constancia se firma por el (los) creadores del título en la ciudad de _____
a los () días del mes de _____ del año _____
(20).

DEUDOR

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____

CODEUDOR

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____

CODEUDOR

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____

CODEUDOR

Nombre: _____
Firma: _____
C.C. _____



Asociación Mutual Estar NIT 900545855-4

LIBRANZA

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

EMPRESA: _____

Pagaré: _____

Cuota: _____

De forma libre, voluntaria y expresamente,

Yo _____ identificado (a) con C.C. No _____ de _____

en condición de trabajador de _____ con NIT _____ y vinculado a la Asociación Mutual

ESTAR con NIT 900545855-4, autorizo a mi empleador para que retenga de mi salario a favor de la Mutual la suma de _____ (\$ _____),(incluye capital, interés corrientes y ahorros), para garantizar a la Mutual la oportuna cancelación de las cuotas de crédito No _____.

Así mismo, autorizo para retener el producto de mi liquidación total y definitiva de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones. Igualmente, me permito autorizar para que en vigencia del contrato, se realice la retención respectiva frente a las primas de servicios en el porcentaje del _____%.

Autorizo realizar la deducción de cesantías el porcentaje _____%, sobre las que se causen anualmente en vigencia de la relación laboral.

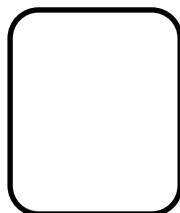
Lo anterior hasta el monto presente en mi paz y salvo con la Asociación Mutual Estar. Autorizo además descontar por anticipado durante el tiempo que permanezca en vacaciones o licencia el valor de cuotas que deba pagar.

Yo _____ representante legal de _____, me comprometo a realizar las deducciones autorizadas en la presente libranza por el trabajador _____
_____ Con cédula de ciudadanía _____.

Firma Empleado

C.C.

De



Firma y Sello de la empresa

Firma Mutual

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Tomador	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Fecha de Diligenciamiento	Número Solicitud
Ofc Radicación					
<input type="checkbox"/> Plan Vida Integral Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Integral No Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico Contributivo <input type="checkbox"/> Plan Vida Clásico No Contributivo			<input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Modificación		
Continuidad de vida Individual Sura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO No. Póliza Vida Individual Sura:					
INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)					
Nombre del asesor o razón social		Código Asesor	% Participación	Nombre del asesor o razón social	
				Código Asesor	
INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro.					Código Gestor

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)		Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.					<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad de residencia	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular	
Dirección Correspondencia				Correo Electrónico		

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(*El valor asegurado por cobertura de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por cobertura del Asegurado Principal).

Valor Solicitado Cobertura de Vida Asegurado Principal \$ _____ Cónyuge \$ _____ Hijos \$ _____ Hermanos \$ _____ Otros \$ _____ Parentesco de otros con el Asegurado Principal _____	Coberturas Vida Grupo <input type="checkbox"/> Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente <input type="checkbox"/> Muerte en un accidente Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves _____ % <input type="checkbox"/> Auxilio funerario Valor Asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Bono Canasta (pago único) \$ _____ <input type="checkbox"/> Pérdida parcial de la capacidad laboral <input type="checkbox"/> Renta por Incapacidad <input type="checkbox"/> Auxilio de Repatriación <input type="checkbox"/> Auxilio de Maternidad/Paternidad <input type="checkbox"/> Bono para educación	Coberturas Adicionales Accidentes Personales <input type="checkbox"/> Muerte accidental adicional Valor asegurado \$ _____ <input type="checkbox"/> Invalidez accidental adicional Lesiones con armas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Renta <input type="checkbox"/> Renta por hospitalización Valor asegurado \$ _____ Tipo de Renta <input type="checkbox"/> cerrada <input type="checkbox"/> abierta EPS _____ Renta adicional por hospitalización en cuidados intensivos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---	---

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

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS (GRUPO FAMILIAR)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Parentesco con el Asegurado Principal	Fecha Nacimiento AAAA MM DD	Sexo	Peso (Kg.)	Estatura (cms)
1.							
2.							
3.							
4.							

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL

(*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

Con derecho a Acrecimiento

 SI NO

(**Otros asegurados deben diligenciar el formato específico F-02-83-125)

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

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

1. Marca con una equis si a ti o alguno de los otros asegurados les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

- Enfermedades cardiovasculares
 Infarto del corazón
 Arritmias
 Hipertensión arterial
 Colesterol (Tratado con medicamentos)
 Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)
 Lupus
 Isquemia o trombosis cerebral
 Epilepsia
 Enfisema (EPOC)
 Bronquitis Crónica
 Cáncer con metástasis (Afecta otros órganos)
 Cáncer sin metástasis (No afecta otros órganos)
 Cirrosis
 Derrames
 Leucemia
 Tumores malignos
 SIDA o VIH positivo
 Insuficiencia Renal
 Esclerosis múltiple
 Artritis reumatoidea
 Diabetes
 Pancreatitis
 Transtornos psiquiátricos
 Hepatitis B o C
 Retardo mental
 Colitis ulcerativa
 Hipertiroidismo
 Parálisis diferente a facial
 Deformidades corporales
 Ceguera
 Sordera total o parcial
 Hernia de columna
 Pérdida funcional o anatómica

¿Han recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años? SI NO ¿Reciben tratamiento por alcoholismo o drogadicción? SI NO¿Consume Marihuana hasta 3 veces por mes? SI NO ¿Consume Marihuana más de 3 veces al mes? SI NO ¿Son consumidores de otro tipo de drogas estimulantes o adictivas? SI NO

2. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? SI NO

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Padecimiento

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, responde: El diagnóstico fue hace menos de 30 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización), UCI o manejo al interior de alguna clínica o institución. (En caso de NO haber tenido COVID responda NO). SI NO

En caso positivo indique el número de asegurado:

5. ¿Ha sido vacunado contra la COVID-19 y tiene el esquema completo? SI NO En caso negativo indique el número de asegurado:

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

En adición a las anteriores respuestas ten en cuenta que con tu firma estás declarando que tú y los otros asegurados gozan de buena salud, que toda la información que suministraste en esta solicitud es verdadera, que su ocupación está permitida por la ley, que no ejercen actividades ilícitas ni de alto riesgo y que no han cometido delitos.

COBERTURA INMEDIATA

Después de analizar tu solicitud Sura te informará si te puede asegurar. Si Sura acepta hacerlo, tendrás cobertura inmediata sin cobro de prima, desde la fecha de diligenciamiento de la solicitud, hasta la fecha de corte del seguro. Esta cobertura inmediata sin cobro de prima en ningún caso podrá darse por un periodo superior a 30 días.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Con tu firma también estás autorizando a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de tus datos personales con la finalidad de vincularte como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Para el tratamiento de tus datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Estás autorizando a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir tu información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; 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 Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de tu 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. Autorizas a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de tu historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro.

Te en cuenta que las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tienes derecho a conocer, actualizar y rectificar tus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarte sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y solicitar la supresión de tus 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 tus datos personales, comunícale a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visita www.sura.com.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Declaro que he sido informado de las coberturas, exclusiones y garantías del producto y también que se me ha hecho entrega de las condiciones del mismo y que podrán ser consultadas en la página web.

Firma del asegurado principal
Número de Identificación _____

Huella Índice Derecho
asegurado principal

ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR

AUTORIZACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN PARA DESCUENTO DE NÓMINA CONVENIO LIBRANZA

Fecha, _____ de _____ 20_____

Yo, _____ Mayor de edad, identificado con cc/ppt No. _____ por el presente documento, autorizo expresa, libre, voluntaria e irrevocablemente al pagador de la Entidad de la cual soy empleado para que retenga de mi salario, bonificaciones, prestaciones laborales o de cualquier suma que tenga derecho, con una periodicidad quincenal o el periodo que se determine a favor de la ASOCIACION MUTUAL **ESTAR** los valores que se describen a continuación:

AFILIACION			
Concepto	Frecuencia	Valor Cuota	Periodo a Deducir
Contribución	Única Vez	\$ 16.500	<input type="checkbox"/> 1 Quincena <input type="checkbox"/> 2 Quincenas
Ahorro Permanente	Única vez	\$ 24.400	

AHORROS		
Concepto	Frecuencia	Valor Cuota
Ahorro Permanente	Quincenal	
Ahorro Navideño	Quincenal	
Ahorro a la Vista	Quincenal	
Ahorro Programado	Quincenal	
	Tiempo Ahorro Programado	<input type="checkbox"/> 6 Meses <input type="checkbox"/> 12 Meses

Observaciones	
----------------------	--

La Asociación Mutual **Estar** realizará la aplicación de la deducción del salario y otros ítems arriba descritos, que la empresa descuente a sus empleados en el siguiente orden: 1. Cuota de Crédito pactadas, 2. Cuotas de Ahorro pactadas, 3. Cuotas por otros productos y servicios. En el evento que la deducción realizada al empleado, sea inferior al valor total de las cuotas pactadas, la aplicación del pago se hará de acuerdo al orden descrito anteriormente.

Autorizo de forma libre, expresa y voluntariamente, para que del valor de mis vacaciones y licencias remuneradas o la que tenga derecho se hagan las deducciones correspondientes a los periodos en que me encontrare por fuera de la empresa.

Igualmente autorizo de forma libre, expresa y voluntariamente, que en caso de terminar mi contrato de trabajo con la empresa por cualquier causa, procedan a dar aviso a la Asociación Mutual, para descontar del valor final de la liquidación que por prestaciones Sociales Legales y Extralegales, de las cesantías y cualquier otro concepto de pago derivado de mi relación laboral exista a mi favor, el valor correspondiente al saldo de mis obligaciones para con la Asociación Mutual **Estar**, y de acuerdo con el certificado que en tal sentido envíe la Asociación Mutual.

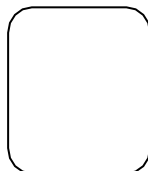
Para el caso de Cooperativas de trabajo asociado igualmente autorizo, que en caso de terminar el contrato de Asociación con _____ cualquiera sea la causa, procedan a dar aviso a **Estar** para descontar de las compensaciones suplementarias o reconocimientos económicos y cualquier otro concepto de pago derivado de mi relación con _____, el valor correspondiente al saldo de mis obligaciones para con la Asociación Mutual **Estar**, así como la entrega de los aportes que poseo en la entidad y de acuerdo con el certificado que en tal sentido envíe la Asociación Mutual.

Si por algún motivo la empresa en la cual laboro o de la cual soy asociado no efectúa la deducción que contraje con la Asociación Mutual, me comprometo a cancelar inmediatamente dicho valor por taquilla en las oficinas de la Asociación Mutual **Estar** o por consignación en **cualquiera de las cuentas bancarias que tengan activas y luego enviare el respectivo comprobante.**

Esta libranza anula cualquier otra libranza firmada por el empleado o asociado y notificada a la empresa, la libranza debe recopilar todas las deducciones vigentes, no se podrá tener una libranza por cada deducción.

Firma _____

CC/PPT _____ de _____



Firma y sello de aprobación de la empresa

Firma y sello de **Estar**