



N° radicado			Monto Aprobado (\$)		Plazo (Q)		Refinancia SI ☐ NO ☐		N° Pagare(s) a refinanciar	
-------------	--	--	---------------------	--	-----------	--	---	--	----------------------------	--

Fecha Día Mes Año			Ciudad		Servicio solicitado Vinculación ☐ Actualización de datos ☐ Crédito ☐				Monto Solicitado (\$)	
Tipo de usuario Solicitante ☐ Codeudor ☐					Si es codeudor favor colocar:					
Reingreso SI ☐ NO ☐			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. ☐ C.E. ☐ TI ☐ PAS ☐ OTRO ☐ ¿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 ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre		Nivel de educación ☐ Ninguno ☐ Tecnólogo ☐ Primaria ☐ Universitario ☐ Secundaria ☐ Post-grad ☐ Técnico ☐ Otro			Título Profesional		Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	
					N° de hijos		N° de personas a cargo	
¿El solicitante tiene alguna relación con PEP's? SI ☐ NO ☐					¿El solicitante está catalogado como PEP's? SI ☐ NO ☐			
¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? SI ☐ NO ☐			Niños, niñas y adolescentes ☐ Mayores de 60 años ☐ o sensorial ☐ Mujer cabeza de familia ☐ Víctima del conflicto armado ☐ condición de pobreza extrema ☐ Pueblos indígenas ☐ Población diversa / LGBTIQ+ ☐ Población Afrocolombiana ☐ Otro ☐ Cuál? _____					

DIRECCIONES

Celular		Correo electrónico					
Dirección domicilio		Barrio		Municipio		Departamento	
Tipo de vivienda ☐ Propia ☐ Familiar ☐ Arrendada		Estrato vivienda 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐			Zona Rural ☐ Urbana ☐		

INFORMACIÓN LABORAL

Ocupación ☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Estudiante ☐ Jubilado/Pensionado ☐ Otro Cuál?			Tipo de contrato (solo empleados) ☐ Indefinido ☐ Fijo ☐ Obra o Labor ☐ Aprendizaje ☐ Prestación de servicios			
Empleado del sector privado ☐ Empleado del sector público ☐		Empresa donde labora		Cargo		
Fecha de vinculación Día / Mes / Año		¿Administra recursos públicos? SI ☐ NO ☐		Actividad económica		

SOLO INDEPENDIENTES

☐ Formal ☐ Informal		Tipo de Régimen Común ☐ Simplificado ☐		Descripción de la actividad		CIU (si aplica)	
---	--	---	--	-----------------------------	--	-----------------	--

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			

ACTIVOS

¿Tiene propiedad raíz? SI ☐ NO ☐		Dirección			
Tipo de propiedad Casa ☐ Lote ☐ Local ☐ Finca ☐ Apartamento ☐		Departamento		Ciudad	
		Valor comercial \$		Hipoteca a favor de	
¿Tiene vehículo? SI ☐ NO ☐		Marca		Valor comercial \$	
		Placa		Prenda a favor de	

PASIVOS

Saldo deudas Financieras \$		¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI ☐ NO ☐				¿Posee cuentas en el exterior? SI ☐ NO ☐	
Saldo deudas con terceros \$		Entidad		Tipo Moneda		Monto	
TOTAL PASIVOS \$		Tipo de operación				Tipo Producto	
		Ciudad				País	

INFORMACIÓN FATCA / CRS

Nacionalidad:		¿Obligado a tributar en otro país? SI ☐ NO ☐		País de residencia fiscal (1):		No. de Id. Tributaria (1):	
País de residencia fiscal (2)		No. de Id. Tributaria (2):		Si usted tiene obligación tributaria en un país diferente a Colombia, por favor anexar debidamente diligenciado el formato de Auto certificación FATCA/CRS.			

DECLARACIÓN FATCA			
Nota: si cumple con al menos uno de los siguientes literales, marque SI en obligado a tributar en otro país.		1. He permanecido más de 183 días en el último año, o 183 días durante los tres últimos años, dentro de territorio de los Estados Unidos. SI ☐ NO ☐	
		2. Soy poseedor de la tarjeta verde o "Green Card" de los Estados Unidos (Tarjeta de Residencia). SI ☐ NO ☐	
3. Recibo cualquier pago de intereses, dividendos, rentas, salarios, honorarios, primas, anualidades, compensaciones, remuneraciones, emolumentos y otras ganancias fijas u ocasionales e ingresos si dicho pago proviene de fuentes dentro de los Estados Unidos. SI ☐ NO ☐		4. Recibo cualquier ingreso bruto procedente de la venta u otra disposición de cualquier propiedad que puede producir intereses o dividendos cuya fuente se encuentre dentro de los Estados Unidos. SI ☐ NO ☐	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE			
Nombres y apellidos completos		Documento de identificación	
Celular		Fecha de nacimiento	
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:			
1. ☐ 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:			
A. 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 _____.			
B. 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			
C. 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.			
D. Autorizo a la Mutual Estar para cancelar la 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.			
2. 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			
2. 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).			
3. 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 _____			
4. 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 eléctrico, llamadas, mensajes de texto u otros medios tecnológicos que estén vigentes. Declaró 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: ☐			
5. ☐ SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN. EL SOLICITANTE Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad o para la utilización de un producto o servicio.			
6. ☐ 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.			
7. 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:			
1. 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).			
2. 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.			
3. La verifique(n), confirme(n), valide(n) y/o investigue(n) con los datos que obtenga y los que disponga(n) legítimamente.			
4. 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			
5. 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:			
1. Para establecer y mantener una relación contractual cualquiera que sea su naturaleza.			
2. Para efectuar evaluación de riesgos derivados de una relación contractual potencial y/o vigente.			
3. Adelantar estudios de mercadeo, investigaciones comerciales y/o estadísticas.			
4. Ofrecer de manera individual o conjunta con terceros, productos y servicios propios o de terceros, así como para realizar campañas de promoción.			
5. Adelantar cualquier trámite ante autoridad pública o persona privada, incluido el cobro de cartera.			
6. 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.			
7. 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.			
8. 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: ☐			
9. ☐ La mutual podrá usar los mecanismos electrónicos alternativos que garanticen la verificación y autenticación de la identidad de acuerdo a lo señalado en la Ley 527 de 1999.			
10. ☐ Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la mutual para que la verifique.			
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?		SI ☐ NO ☐	
¿Se aportó toda la documentación exigida?		SI ☐ NO ☐	
¿Es o tiene parentesco con algún empleado o Directivo?		SI ☐ NO ☐	
¿Se verificaron las referencias?		SI ☐ NO ☐	
¿El solicitante es catalogado como PEP’s?		SI ☐ NO ☐	
¿Tiene alguna relación con PEP’s?		SI ☐ NO ☐	
Observaciones		Fecha de la verificación Día / Mes / Año	
		Hora de la verificación:	
		Aceptado ☐ Rechazado ☐ Aprobado Menor Cuantía ☐	
		ASOCIADO ACEPTA SI ☐ NO ☐	
		FIRMAS	
Nombre del funcionario que realiza la entrevista			



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. _____

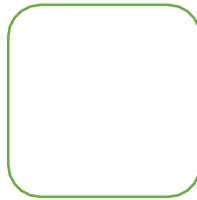


CODEUDOR

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 _____.

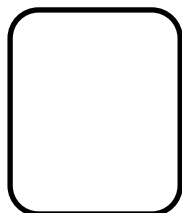
Así mismo, autorizo para retener el producto de mi liquidación total y definitiva de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones. Igualmente,
me permito autorizar para que en vigencia del contrato, se realice la retención respectiva frente a las primas de servicios en el porcentaje del _____ %.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

FONDO MUTUO DE COBERTURA S.A.S (FMC)

ABC DE LAS GARATÍAS ¿Qué es una garantía?

Es la figura financiera que respalda el cumplimiento de los créditos que dan entidades como bancos, cooperativas, cajas de compensación, empresas del sector real, entre otros, y que permite procesos más ágiles y confiables tanto para las personas que los solicitan como para la entidad que los otorga, facilitando de este modo el acceso al crédito.

En el FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS "FMC" actuamos como fiador institucional para respaldar la financiación de servicios, créditos de consumo, comercial, vivienda y microcrédito la relación que existe entre "FMC" y los intermediarios financieros, se basa en la suscripción de un convenio de garantía, mediante el cual "FMC", en su calidad de fiador subsidiario, garantiza los créditos que los intermediarios financieros confieren a los usuarios de sus servicios crediticios, en razón del incumplimiento de estos o sus codeudores. Es decir, cuando hay incumplimiento en el pago del crédito por parte de los deudores, "FMC" les paga a los intermediarios financieros como fiador de ese crédito y luego le puede recobrar al deudor inicial.

Una persona natural o jurídica puede acceder a una garantía del FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS "FMC" a través de un intermediario financiero. Funciona así:

- ✦ Acudes a la entidad, intermediario financiero o establecimiento de comercio en busca de una financiación para eso que tanto deseas.
- ✦ El intermediario financiero o establecimiento de comercio realiza un estudio de la viabilidad para otorgarte el crédito
- ✦ Es aquí cuando ingresamos a este proceso como tu fiador ante el intermediario financiero, permitiendo así que accedas al crédito
- ✦ El intermediario o establecimiento de comercio aprueba tu crédito con nuestra garantía. Es a partir de este momento, que nos das autorización para el tratamiento de datos personales y otros temas.
- ✦ Comienzas a realizar tus pagos al intermediario financiero por el valor del crédito pactado y por el valor del servicio de fianza a FMC.
- ✦ Como cliente realizas el pago de tus cuotas al intermediario, pero si incumples en algún momento con esta obligación y el intermediario financiero nos solicita hacer efectivo el respaldo que tiene con nosotros, realizaremos a éste el pago de la deuda, e inmediatamente seremos los nuevos acreedores, por lo que podemos proceder con los siguientes cobros o disponer de la deuda.

ACEPTACIÓN DEL SERVICIO DE ACCESO AL CREDITO Y CENTRALES DE RIESGO

Yo, _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio del presente documento expresamente manifiesto de manera libre, consciente, expresamente y voluntaria, que:

Acepto la utilización del servicio de acceso al crédito del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS "FMC"** para respaldar la operación aprobada por: _____, quien en adelante se denominará el **INTERMEDIARIO**, lo cual no me exime de cumplir con el pago de todas las sumas generadas por esta operación de crédito.

Acepto de manera incondicional e irrevocable la obligación de pagar las tarifas establecidas por el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS- FMC** por concepto del servicio de acceso al crédito prestado por el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, y su valor podrá ser cargado o deducido de cualquier deposito constituido por mí o con cargo a las cuotas del mismo crédito o de cualquier obligación pactada con el **INTERMEDIARIO**.

Acepto pagar las tarifas y periodicidades establecidas en el siguiente cuadro por el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** la cual será cobrada en 1 solo pago al momento del desembolso.

Línea de crédito	Monto inicial del crédito	Plazo del crédito	% establecido por fondo de garantías

Manifiesto que conozco las condiciones del servicio de acceso al crédito que presta el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, y por lo tanto, en caso que éste se vea en la obligación de pagar cualquier suma al **INTERMEDIARIO** como consecuencia de mi incumplimiento en el pago de la obligación objeto de la prestación del servicio de acceso al crédito, el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** tendrá derecho a recuperar las sumas pagadas prejudicial y judicialmente y, se subrogará en la calidad de acreedor por el valor pagado, si así lo considera el **INTERMEDIARIO**.

Autorizo irrevocablemente al **INTERMEDIARIO** a entregar al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS - FMC** toda la información relacionada con la operación aprobada a mi favor y de igual manera autorizo al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** a entregar dicha información a terceros que puedan encargarse de la gestión de cobro de dicha cartera, si así lo considera el **INTERMEDIARIO**, o quien ostente la calidad de acreedor de dicha obligación.

Manifiesto que los recursos utilizados para el pago del servicio de acceso al crédito a favor del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** provienen de fuentes lícitas y la información que he suministrado es verídica. Por lo tanto, doy mi consentimiento expreso e irrevocable al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** o a quien sea en el futuro acreedor de la obligación para:

- Consultar en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago, o para valorar el riesgo futuro de concederme una garantía.
- Reportar a las centrales de riesgos datos del cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones.

- Conservar, tanto en el **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC**, como en las centrales de riesgo, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalados en sus reglamentos, mi información crediticia.
- Suministrar a las centrales de riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, así como otros atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.
- Reportar a las autoridades públicas, tributarias aduaneras o judiciales la información para cumplir con sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

La presente autorización facultará al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** para ejercer su derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa, exacta y actualizada, y de la misma forma facultará al **INTERMEDIARIO** para permitir el acceso a esta información por parte del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación.

La presente autorización faculta al **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** y a las centrales de riesgo a divulgar mi información para elaborar estadísticas.

Acepto la no devolución del pago del servicio de acceso al crédito por parte del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC** y por ello renuncio a cualquier solicitud de cobro o reintegro de comisiones no causadas. El valor cobrado es por hacer uso de la garantía y ser un instrumento para facilitar el acceso al crédito, no por la vigencia de este en el tiempo.

El presente documento tendrá validez desde su firma, por la vigencia del crédito otorgado por el **INTERMEDIARIO**, o de quien a futuro ostente la calidad de acreedor de la obligación, y en general por el termino establecido en la ley.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: En atención a la aplicación de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, el titular del dato por medio del presente documento, imparte de manera previa, expresa e informada la siguiente autorización a los responsables y encargados del tratamiento de datos personales para: El desarrollo de todas las operaciones propias del objeto social de la entidad (actividades relacionadas con el otorgamiento del crédito, administración, pago y recuperación de cartera), el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley, análisis de riesgo, estadísticos, de control, supervisión, encuestas, gestión de cobranza, comercialización de productos, mercadeo, verificación y actualización de información entre otras. En cumplimiento de lo anterior, se podrá: Consultar, solicitar, administrar, procesar, modificar, actualizar, eliminar, reportar, almacenar, compilar, enviar, utilizar, suministrar, grabar, obtener, transmitir, transferir, recolectar, confirmar, conservar, emplear, analizar, rectificar, estudiar y divulgar a los responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información, entidades financieras, sector solidario, contratistas, cesionarios de cartera o terceras personas con quienes se entablen relaciones comerciales o legales, de prestación de servicios y de cualquier otra índole para administrar y tratar la información personal suministrada en desarrollo del objeto social del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS -FMC**, dentro de los límites establecidos por la Ley. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los intereses del **FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS- FMC**, a quien la sociedad ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos o servicios de los que Usted es titular, El Titular de los datos personales tendrá los siguientes derechos: a) Conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del Tratamiento o Encargados del Tratamiento; b) Solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable del Tratamiento; c) Ser informado por el Responsable del Tratamiento o Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto al uso que le ha dado a sus datos personales; d) Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la presente Ley y las demás normas que la modifiquen o adicionen o complementen; e) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no respeten los principios, derechos y garantías constitucionales legales; f) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento. La Entidad responsable del tratamiento de los datos personales será el **FONDO MUTUO DE COBERTURA S.A.S-FMC**, con dirección física en la calle 52 #49-28 edificio la lonja de Medellín, dirección electrónica: fondomutuoycobertura@gmail.com.

Conforme al artículo 12 de la Ley 1266 de 2008, autorizo expresamente a quien represente los intereses del FONDO MUTUO DE COBERTURA SAS FMC, a quien la sociedad ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título que me sea notificado previamente al reporte negativo a las centrales de riesgo a la siguiente dirección física _____, al número telefónico _____ y correo electrónico _____ a libre elección, donde me podrá notificar mediante mensaje de texto, mensaje de datos enviado a través de aplicaciones como WhatsApp, correo electrónico, envió de correspondencia física. Manifiesto que tengo la obligación de actualizar mi información para efectos de notificación, en caso de no realizar la actualización de la misma, comprendo y acepto que me entenderé por notificado(s) en las direcciones por mi (nosotros) aportadas.

Declaro(amos), haber leído cuidadosamente el contrato contenido en este documento y haberlo comprendido a cabalidad, razón por la cual entiendo sus alcances e implicaciones y en constancia de lo anterior firmo:

DEUDOR Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Huella

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

C.C: _____



sura

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos?

☐ SI ☐ NO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DECLARE ANTERIORMENTE QUE SUFRE UN PADECIMIENTO O QUE EJERCE ACTIVIDADES ILÍCITAS, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y SE DEBERÁ ESPERAR LA NOTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SEGURO.

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.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento a **SURAMERICANA S.A** en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior a obtener copia de historia clínica o datos clínicos, que es un dato sensible, para la vinculación, suscripción, evaluación y proceso de reclamación de la solución contratada, gestión de los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, aun después de fallecidos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis (nuestros) datos personales, incluso los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en www.segurossura.com.co, donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, la forma de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01 800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico protecciondatos@suramericana.com.co.

GARANTÍA SOBRE LISTAS RESTRICTIVAS Y ACTIVIDADES ILÍCITAS

Con la firma del presente garantizo que mi ocupación está permitida por la ley, que no ejerzo ni ejerceré actividades ilícitas y que no cometeré delitos. Garantizo que no me encuentro incluido ni será incluido en listas vinculantes o restrictivas nacionales o internacionales, incluyendo, entre otras, la Lista de Naciones Unidas (ONU), la Lista de la Unión Europea, la Lista OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros) del Departamento del Tesoro de los EE.UU.; así mismo que no me encuentro sancionado o será sancionado por autoridades internacionales, incluyendo, entre otras, la OFAC o el Consejo de Seguridad de la ONU.

En caso de incumplimiento de cualquiera de estas garantías, el contrato será anulable o podrá darse por terminado desde el momento de la infracción, conforme lo dispuesto en el artículo 1061 del Código de Comercio colombiano.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA 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

CONDICIONES DEL PRODUCTO:

Conoce las coberturas y exclusiones del producto Deudores Integral en la página web <https://www.segurossura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguo-colectivo-vida.aspx>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO

Firma del asegurado principal

Huella Índice Derecho asegurado

Número de Identificación

TIPODE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre)

CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.

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:

AFILIACIÓN			
Concepto	Frecuencia	Valor Cuota	Periodo a Deducir
Contribución	Única Vez	\$ 18.500	☐ 1 Quincena ☐ 2 Quincenas
Ahorro Permanente	Única vez	\$ 27.300	

AHORROS		
Concepto	Frecuencia	Valor Cuota
Ahorro Permanente	Quincenal	
Ahorro Navideño	Quincenal	
Ahorro a la Vista	Quincenal	
Ahorro Programado	Quincenal	
	Tiempo Ahorro Programado	☐ 6 Meses ☐ 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.

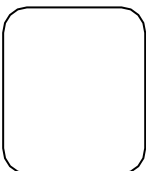
Para el caso de Cooperativas de trabajo asociado igualmente autorizo, que en caso de terminar el contrato de Asociación con _____ cualquiera sea la causa, procedan a dar aviso a **ESTAR** para descontar de las compensaciones suplementarias o reconocimientos económicos y cualquier otro concepto de pago 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**