

Nº radicado		Monto Aprobado (\$)		Plazo (Q)	Refinancia	Nº Pagare(s) a refinanciar
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Fecha Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>		Ciudad		Servicio solicitado Vinculación <input type="checkbox"/> Actualización de datos <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/>		Monto Solicitado (\$)
Tipo de usuario Reingreso SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Solicitante <input type="checkbox"/> Codeudor <input type="checkbox"/>		Si es codeudor favor colocar: Nombre deudor Nº 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"/> PAS <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?		Nº 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		Nivel de educación <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico		Título Profesional <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Post-grado <input type="checkbox"/> Otro		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
						Nº de hijos Nº 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"/>		
¿Pertenece a algún grupo de protección especial constitucional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			Niños, niñas y adolescentes <input type="checkbox"/> Mayores de 60 años <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad física mental o sensorial <input type="checkbox"/> Mujer cabeza de familia <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado <input type="checkbox"/> Persona en condición de pobreza extrema <input type="checkbox"/> Pueblos indígenas <input type="checkbox"/> Población diversa / LGBTIQ+ <input type="checkbox"/> Población Afrocolombiana <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?			
DIRECCIONES						
Celular		Correo electrónico				
Dirección domicilio		Barrio		Municipio		Departamento
Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arrendada		Estrato vivienda 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>			Zona Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	
INFORMACIÓN LABORAL						
Ocupación <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado			Tipo de contrato (solo empleados) <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o Labor <input type="checkbox"/> Prestación de servicios		<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Otro Cuál? _____ <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Aprendizaje	
Empleado del sector privado <input type="checkbox"/> Empleado del sector público <input type="checkbox"/>		Empresa donde labora			Cargo	
Fecha de vinculación Día / Mes / Año		¿Administra recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Actividad económica		
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			CIIU (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 <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						
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"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Otras ¿cuáles?		<input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Prestamos	

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE

Nombres y apellidos completos		Documento de identificación	
Celular		Fecha de nacimiento	
Profesión, ocupación u oficio		Empresa donde labora	
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 ilícitas, 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.
3. 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).
4. **GESTIÓN 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 suceder 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: Teléfono 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.

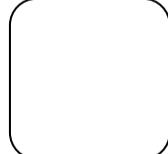
8. **Otras Autorizaciones:** Autorizo de manera expresa a ESTAR, para que en caso de que esta solicitud sea negada no me la devuelva y destruyan todos los documentos que he presentado. Doy además como garantía los ahorros y depósitos que poseo o que llegue a poseer como titular en ESTAR y los autorizo 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: Teléfono 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
Nº de identificación

Huella índice derecho

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN – USO EXCLUSIVO ESTAR

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

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 ASOCIACIÓN MUTUAL **ESTAR** los valores que se describen a continuación:

AFILIACIÓN			
Concepto	Frecuencia	Valor Cuota	Periodo a Deducir
Contribución	Única Vez	\$ 17.400	<input type="checkbox"/> 1 Quincena <input type="checkbox"/> 2 Quincenas
Ahorro Permanente	Única vez	\$ 25.700	

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 descuento 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 encuentre por fuera de la empresa.

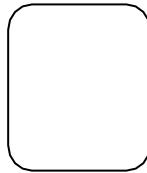
Igualmente autorizo de forma libre, expresa y voluntariamente, que en caso de terminar mi contrato de trabajo con la empresa por cualquier causa, procedan a dar aviso a la Asociación Mutual, para descontar del valor final de la liquidación que por prestaciones Sociales Legales y Extralegales, de las 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 enviar 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**