



ASOCIACIÓN MUTUAL ESTAR
NIT: 900.545.855-4

SOLICITUD UNICA DE SERVICIOS
(Diligenciar con letra legible, sin tachones ni enmendaduras)

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		Servicio 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"/> PAS <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"/> Viudo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre				Nivel de educación <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Post-grado <input type="checkbox"/> Técnico <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"/>							
¿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"/> Familiar <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"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado/Pensionado <input type="checkbox"/> Otro Cuál? _____								Tipo de contrato (solo empleados) <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Obra o Labor <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Prestación de servicios							
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						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 <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
Celular	Fecha de nacimiento	
Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde labora	Cargo
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:		
<div>1. <input type="checkbox"/> 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:</div> <div>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 _____.</div> <div>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</div> <div>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.</div> <div>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.</div> <div>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</div> <div>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).</div> <div>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 _____</div> <div>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.</div> <div>Además, autorizo de forma libre, voluntaria y expresamente, que, para procesos de cobranza, me comunique por los siguientes medios; (señalar dos) Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Telefonía celular: <input type="checkbox"/> Mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Correspondencia física domicilio: <input type="checkbox"/> WhatsApp: <input type="checkbox"/></div> <div>5. <input type="checkbox"/> 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.</div> <div>6. <input type="checkbox"/> 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.</div> <div>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 o 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.</div> <div>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.</div> <div>Autorizo el envío de información comercial, financiera, de productos y servicios a los siguientes medios; (señalar dos) Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Telefonía celular: <input type="checkbox"/> Mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Correspondencia física domicilio: <input type="checkbox"/> WhatsApp: <input type="checkbox"/></div> <div>9. <input type="checkbox"/> 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.</div> <div>10. <input type="checkbox"/> Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la mutual para que la verifique.</div>		
Aceptado lo anterior, en constancia firmo,		
Firma Nombre N° de identificación		<div></div> <div>Huella índice derecho</div>
VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN – USO EXCLUSIVO ESTAR		
<div>¿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 solicitante es catalogado como PEP’s? ¿Tiene alguna relación con PEP’s?</div>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de la verificación Día / Mes / Año
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hora de la verificación:
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aprobado Menor Cuantía <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ASOCIADO ACEPTA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Observaciones	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.

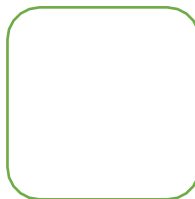
Para constancia se firma por el (los) creadores del título en la ciudad de _____
a los () días del mes de _____ del año _____
(20).

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 _____.

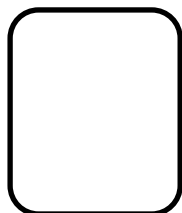
Así mismo, autorizo para retener el producto de mi liquidación total y definitiva de prestaciones sociales, salarios e indemnizaciones. Igualmente,
me permito autorizar para que en vigencia del contrato, se realice la retención respectiva frente a las primas de servicios en el porcentaje del ____%.
Autorizo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

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)				Fecha Inicio de Vigencia		Fecha Fin de Vigencia		Número Solicitud	
Ofc Radicación				Póliza No.					
<input type="checkbox"/> Póliza Nueva <input type="checkbox"/> Ingreso <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Renovación									
Forma de pago prima				Sistema de ajuste					
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual				<input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)					
INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)									
Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)				Código Asesor		% Participación		Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)	
								Código Asesor	
INFORMACIÓN DEL TOMADOR									
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)				Tipo de Institución	
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT								<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	
Dirección Correspondencia			Ciudad / Departamento		Correo Electrónico			Teléfono (sin indicativo)	
INFORMACIÓN DEL DEUDOR									
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)				Sexo	
<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.								<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Fecha de Nacimiento AAAA MM DD									
Peso (Kg)		Estatura (en cms)		Ciudad		Departamento		Teléfono (Sin indicativo)	
								Celular	
Dirección Correspondencia				Correo Electrónico					
INFORMACIÓN DEL SEGURO									
Valor Crédito \$				Amparos				VALOR PRIMA	
Modalidad de Valor Asegurado:				<input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Invalidez por Accidente o Enfermedad <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios (pago único)				(según forma de pago pactada) \$	
<input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito (Constante)				Valor Asegurado % \$					
INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES									
"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"									
INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS									
								Con derecho a Acrecimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Identificación Tipo		Nombre y Apellidos		%		Parentesco		Identificación Tipo	
Número								Número	
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD									
1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Colesterol (Tratado con medicamentos) <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) <input type="checkbox"/> Derrames <input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC) <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Tumores malignos <input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Transtornos psiquiátricos <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Deformidades corporales <input type="checkbox"/> Sordera total o parcial <input type="checkbox"/> Hernia de columna <input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica <input type="checkbox"/> Otra Enfermedad, ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:									
Nombre del Médico tratante		Nombre de la Institución Médica		EPS		Enfermedad		Nombre del Médico tratante	
1.								2.	
2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente 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)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:									
Nombre del Médico tratante		Nombre de la Institución Médica		EPS		Enfermedad		Nombre del Médico tratante	
1.								2.	
Observaciones									
CLÁUSULA DE GARANTÍA									
Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.									
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES									
Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis 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. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi 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 mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.									
El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse 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 visite www.sura.com .									
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 SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO									
CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.									
Certifico(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro									
Firma del Afiliado o Tomador				Huella Índice Derecho					
Número de Identificación				Afiliado o Tomador					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.J: 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.									
F02-83-267									
Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/02/2013									

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: _____

