Cootranor
Cooperativa Multiactiva

SOLICITUD DE CRÉDITO

FECHA RADICACIÓN | DÍA | MES | AÑO

NIT: 860514 013-2 -Personería Jurídica 0873 del 23 de abril 1980

CALAMIDAD ☐ CREDIAPORTES ☐ CREDIHIPOTECA ☐
CREDIHOGAR ☐ CREDIPRIMA ☐ CREDIYA ☐
EDUCATIVO ☐ LIBRE INVERSIÓN ☐ SEMESTRAL ☐
ORDINARIO ☐
OTROS: _____

Fecha 02 - Octubre 2024
Ciudad: Duitama Depto: Boyacá

DATOS PERSONALES

Nombres y apellidos Maggy Carolina Abril — Fecha disfrute vacaciones 02-05-24
C.C.No. 1053664100 de Paz de Rio Estado Civil Casado — Fecha de nacimiento 29-08-1986
Nombre del cónyuge Victor Hernando Alarcon Bolaños — Personas a cargo 3
Dirección residencia Dig. 67 #17a-74 Torre A apto 105 - Tunja — Cel. 3142861468
Dirección oficina o notificación Cra 19 #16-35 Duitama — Correo electrónico maggy.abril@sepemotariado.gov.co
Entidad donde trabaja S.N.R. — Cargo Profesional Grado 10 — Sueldo _____
Posee casa propia SI ☐ NO ☒ — Matrícula _____ — Está hipotecada SI ☐ NO ☐ — A favor de _____
Posee Vehículo SI ☒ NO ☐ — Placa Z6D 641 — Marca Symbol II — Modelo 2011
Cuenta Corriente ☐ — Entidad Bancaria _____ — No. de Cuenta _____
Cuenta Ahorros ☒ — Entidad Bancaria Davivienda — No. de Cuenta 488437791899

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

TÉRMINO DEL CONTRATO	EMPRESA DONDE TRABAJA		CARGO ACTUAL	FECHA DE VINCULACIÓN
☒ Indefinido ☐ Fijo		NIT	Prof. Grado 10	14 | 04 | 2023

DIRECCIÓN EMPRESA	BLOQUE/TORRE	LOCAL/OFICINA	EDIFICIO	BARRIO
Cra 19 # 16-33			X	

CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO 1	EXT	TELÉFONO 2	EXT	FAX
Duitama	Boyacá	Colombia					

SI ES PERSONA INDEPENDIENTE O EMPLEADO (DILIGENCIE)

NOMBRE ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS	TELÉFONO

TIPO DE ACTIVIDAD: Cultivar ☐ Criar ☐ Explotar el subsuelo ☐ Construir ☐ Cosechar ☐ Manufacturar ☐ Servicios ☐ — DETALLE DE LA ACTIVIDAD

CÓDIGO CIIU	TIEMPO DE LA ACTIVIDAD (Años / Meses)	VENTAS ANUALES DEL ESTABLECIMIENTO $	FECHA VENTAS	NÚMERO DE EMPLEADOS

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES	
SALARIOS	$ 4.310.846
ARRENDAMIENTOS	$
COMISIONES HONORARIOS	$
OTROS INGRESOS	
¿CUÁLES?	
TOTAL INGRESOS	$ 4.310846
TOTAL ACTIVOS	$

EGRESOS MENSUALES	
GASTOS FAMILIARES	$ 2'000.000
ARRENDAMIENTO	$
CUOTA DE CRÉDITO HIPOTECARIO	$
OTROS CRÉDITOS	$
OTROS EGRESOS	$
¿CUÁLES?	
TOTAL EGRESOS	$ 2'000.000
TOTAL PASIVOS	$

DATOS DEL 1 er CODEUDOR

Nombres y apellidos _____ — Fecha disfrute vacaciones _____
C.C.No. _____ de _____ Estado Civil _____ — Fecha de nacimiento _____
Nombre del cónyuge _____ — Personas a cargo _____
Dirección residencia _____ Tel. _____ — Cel. _____
Dirección oficina o notificación _____ — Correo electrónico _____
Entidad donde trabaja _____ Cargo _____ — Sueldo _____
Posee casa propia SI ☐ NO ☐ — Matrícula _____ — Está hipotecada SI ☐ NO ☐ — A favor de _____
Posee Vehículo SI ☐ NO ☐ Placa _____ — Marca _____ — Modelo _____

DATOS DEL 2 do CODEUDOR

Nombres y apellidos _____ — Fecha disfrute vacaciones _____
C.C.No. _____ de _____ Estado Civil _____ — Fecha de nacimiento _____
Nombre del cónyuge _____ — Personas a cargo _____
Dirección residencia _____ Tel. _____ — Cel. _____
Dirección oficina o notificación _____ — Correo electrónico _____
Entidad donde trabaja _____ Cargo _____ — Sueldo _____
Posee casa propia SI ☐ NO ☐ — Matrícula _____ — Esta hipotecada SI ☐ NO ☐ — A favor de _____
Posee Vehículo SI ☐ NO ☐ Placa _____ — Marca _____ — Modelo _____

Valor del Crédito que solicita Cuatro millones cien mil Pesos m/cte $ 4.100.000=

Para pagar así: [X] MENSUAL [ ] QUINCENAL Cuotas: Ocho (8) cuotas

Garantías que ofrece

Conozco y acepto los estatutos y reglamentos de COOTRANOR

Autorizamos a Cootranor en caso de no ser aprobado la solicitud a destruir la documentación anexa a este formulario

FIRMA DEL DEUDOR	FIRMA DEL 1er CODEUDOR	FIRMA DEL 2do CODEUDOR
C.C. No. 1053664100 DE Paz de Rio	C.C. No. DE	C.C. No. DE

ANÁLISIS COMITÉ DE RIESGO
ESTADO DE CUENTA - USO EXCLUSIVO DE COOTRANOR

A FECHA APORTES $

SALDO CRÉDITOS VIGENTES

LÍNEA DE CRÉDITO	No CUOTAS X PAGAR	SALDO
		$
LÍNEA DE CRÉDITO	No CUOTAS X PAGAR	SALDO
		$
LÍNEA DE CRÉDITO	No CUOTAS X PAGAR	SALDO
		$

TOTAL $

CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO [ ] VECES APORTES $

DISPONIBLE ENDEUDAMIENTO $

CAPACIDAD DE ENDEUDAMIENTO PARA CRÉDITO SOLICITADO SI [ ] NO [ ]

CRÉDITOS SOLICITADO

LÍNEA CRÉDITO	VALOR CRÉDITO	No CUOTAS	VALOR CUOTA
TIPO DE GARANTÍA	MODALIDAD PAGO	CALIFICACIÓN CARTERA	CALIFICACIÓN RIESGO
SALDO EN RIESGO	CAPACIDAD DE PAGO		
	INGRESOS	GASTOS	TOTAL CAPACIDAD

DOCUMENTOS ANEXOS

	SI	NO
*DESPRENDIBLE DE PAGO	[ ]	[ ]
* CERTIFICACIÓN DE INGRESOS	[ ]	[ ]
* CONTRATOS DE ARRENDAMIENTOS	[ ]	[ ]
* CAPACIDAD ENDEUDAMIENTO	[ ]	[ ]
* FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTIDAD	[ ]	[ ]

CODEUDORES

1 er CODEUDOR

EXTERNO [ ] SNR [ ] ASOCIADO [ ]

APORTES $ DEUDA $

TOTAL INGRESOS $ TOTAL EGRESOS $

CAPACIDAD DE PAGO $

2 do CODEUDOR

EXTERNO [ ] SNR [ ] ASOCIADO [ ]

APORTES $ DEUDA $

TOTAL INGRESOS $ TOTAL EGRESOS $

CAPACIDAD DE PAGO $

REPRESENTANTE CONSEJO ADMINISTRACIÓN GERENTE CARTERA

COMITÉ DE CRÉDITO [ ] **GERENTE** [ ] **CONSEJO ADMINISTRACIÓN** [ ]

FECHA DE APROBACIÓN DÍA MES AÑO

VALOR APROBADO $

NÚMERO DE ACTA

PRESIDENTE SECRETARIO

OBSERVACIONES

Vo Bo

GERENTE

Cootranor
Cooperativa Multiactiva

NIT: 860.514.013 - 2

CARTA DE INSTRUCCIONES

Señores
COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR
Ciudad

Por medio de este documento y de acuerdo con lo establecido en la ley vigente, autorizo (autorizamos) expresa e irrevocablemente a COOTRANOR, para diligenciar el pagaré (letra o cheque) No girados u otorgados a su favor, en los espacios en él dejados en blanco, correspondientes a la fecha de vencimiento, cuantía e intereses de las obligaciones a mi (nuestro) cargo y demás facultades a su favor. El titulo valor será diligenciado por ustedes sin previo aviso en el evento de incumplimiento parcial o total de la obligación, o por el retiro de la empresa para la cual laboro (laboramos) y de acuerdo con las siguientes instrucciones.

1. La fecha de vencimiento será la del día en que sea diligenciado el documento adjunto y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones en él contenidas a mi (nuestro) cargo, sin necesidad de que se me (nos) requiera judicial o extrajudicialmente para su cumplimiento. Además, por el hecho de ser autorizado el documento adjunto, COOTRANOR, hará efectiva la cláusula aceleratoria.

2. La cuantía será igual al monto de todas las sumas de dinero que por cualquier concepto le este (estemos) adeudando a COOTRANOR directa e indirectamente el día en que sea diligenciado, obligaciones que asumo (asumimos) y me (nos) comprometo (comprometemos) a pagar.

3. La tasa de interés de mora será la máxima permitida por las disposiciones vigentes al día en que se diligencie él título. Desde ahora autorizo (autorizamos) que el monto de la tasa en cuestión se reajuste automáticamente al máximo que permiten las disposiciones que regulen la materia y que rija durante todo tiempo que dure el incumplimiento.

4. COOTRANOR, podrá endosar o ceder el presente pagaré a cualquier otra persona natural o jurídica.

5. El pagaré así diligenciado, será exigible inmediatamente y prestará merito ejecutivo sin ninguna otra formalidad, siendo pagadero en la ciudad de Bogotá en las oficinas de COOTRANOR.

Para constancia firmo (firmamos) en la ciudad de Bogotá, D.C. el día _____ de _____ del año _____.

DEUDOR
C.C. No 1053664100

CODEUDOR (1)
C.C. No

CODEUDOR (2)
C.C. No

Cootranor
Cooperativa Multiactiva

Personería Jurídica 0873 del 23 de abril 1980
NIT: 860.514.013-2

PAGARÉ A LA ORDEN No._____

_____

Nosotros _____

Identificados con C.C. No.(s) _____ mayor de edad y vecino de _____

y _____ mayor(es) de edad y vecino(s) de _____ identificado(s) como aparece al pie de nuestra(s) firma(s), obrando como codeudores mancomunados y solidarios DEBEMOS Y PAGAREMOS a la Cooperativa Multiactiva COOTRANOR, en sus oficinas de Bogotá, D.C. en su orden a quien represente sus derechos, la suma de: _____

($_____) moneda corriente, que recibimos en calidad de mutuo comercial con intereses convencionales a la tasa del _____ por ciento anual por períodos vencidos. El pago del capital lo efectuaremos en la forma, fecha y plazo que se menciona a continuación:_____ cuotas mensuales de $_____ cada una, la primera pagadera el día:_____ _____ y así sucesivamente hasta cancelar el valor total de la obligación con sus intereses. Los intereses durante el término pactado de la cantidad expresada serán cubiertos conjuntamente con la cuota de amortización a capital. En caso de mora de una o varias cuotas pagaremos durante ellas y sobre saldos insolutos de la tasa la máxima legal autorizada por la Superintendencia Financiera mensual sin perjuicio de las acciones legales de COOTRANOR para cobro judicial. En caso de mora se hará efectiva la cláusula aceleratoria, es decir, que se cobra la totalidad del saldo a deber sobre el crédito más los intereses moratorios al doble de la tasa máxima exigida por la ley, más los intereses corrientes a que haya lugar. Serán de nuestro cargo los gastos judiciales y extrajudiciales de cobro si diéramos lugar a él. Pagaremos el 20% (veinte por ciento) sobre el total de la deuda por capital e intereses, como honorarios de abogado, renunciamos a favor de COOTRANOR el derecho de nombrar depositario de bienes. Igualmente el deudor autoriza por el presente documento al tesorero pagador de la oficina donde presta sus servicios, para que le sean descontados por nómina el valor de la cuota mensual de amortización e intereses y los remita a COOTRANOR. Aceptamos desde ahora cualquier subrogación de la obligación contraída con este pagaré.

Para constancia se firma el presente pagaré a los_____días del mes de _____ de 20_____

DEUDOR Hoggy Carolina Abril
C.C. No. 1053664100
OFICINA ORIP - DUITAMA.

FIRMA DEUDOR

HUELLA

CODEUDOR 1 _____
C.C. No. _____
OFICINA _____

FIRMA CODEUDOR 1

HUELLA

CODEUDOR 2 _____
C.C. No. _____
OFICINA _____

FIRMA CODEUDOR 2

HUELLA

Señores
COOPERATIVA MULTIACTIVA
COOTRANOR
La Ciudad

Estimados señores

De acuerdo con el Artículo 662 del Código de Comercio, impartimos a ustedes las instrucciones, conforme a las cuales sin previo aviso, podrán llenar todos y cada uno los espacios dejados en blanco, en el PAGARÉ que debidamente firmado en la cara posterior de este documento, les entregamos.

1. La fecha de vencimiento y de la emisión será aquella en la cual se llene el PAGARÉ y serán exigibles inmediatamente todas las obligaciones establecidas en la cláusula aceleratoria.

2. El capital será el total de las sumas que debamos al acreedor, en la fecha en la cual se llene el PAGARÉ cualquiera que sea su naturaleza o fuente, tratase de principales, intereses, comisiones, deudores varios, impuestos o cualquier otro concepto.

3. La tasa a la cual se liquidarán los intereses de mora será la máxima permitida por las disposiciones vigentes al día que se diligencie el PAGARÉ.

4. El lugar de pago del PAGARÉ será la ciudad de Bogotá, lugar donde existen las oficinas de COOTRANOR.

Es entendido que cuando ocurra respecto de uno cualquiera de nosotros, una o más de las causales previstas en el PAGARÉ para dar por terminado su plazo, COOTRANOR podrá declarar extinguido el plazo de todas las obligaciones a nuestro cargo y, en consecuencia incorporar al PAGARÉ el valor de éstos más el de todos sus accesorios.

Para constancia firmamos en la ciudad de a los días del mes de de 20

DEUDOR

C.C. No. 1053664100 Paz de Río


HUELLA

CODEUDOR

C.C. No.

HUELLA

CODEUDOR

C.C. No.

HUELLA

Cootranor
Cooperativa Multiactiva

NIT: 860.514.013 - 2

AUTORIZACION CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Los abajo firmantes, identificados como aparece en esta solicitud, damos consentimiento expreso e irrevocable a COOTRANOR COOPERATIVA MULTIACTIVA que en adelante se denominará COOTRANOR, y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraídas con COOTRANOR, con base en el crédito solicitado, para: consultar en cualquier tiempo en la Centrales de Riesgo y demás entidades que manejen bases de datos con los mismos fines, sobre mis relaciones comerciales y toda información relevante para conocer mi desempeño como deudor mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Entregar a las Centrales de Riesgos y a cualquier otra entidad que maneje las bases de datos con los mismos fines. El(los) reporte(s) de datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento oportuno como sobre el incumplimiento, si lo hubiere de mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales de contenido patrimonial, así como sobre el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer, fruto de contratos celebrados con COOTRANOR o con quien en el futuro ostente la calidad de acreedor o tenedor legitimo del Pagaré, según sea el caso o cualquier otro dato personal económico que estime pertinente, al igual que la existencia de deudas vencidas sin cancelar o la utilización indebida de los servicios financieros. Este(os) reporte(s) deberá(n) presentar una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor, después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa con el eventual efecto para mi (nosotros) de verme(nos) imposibilitado(s) para acceder a los servicios que prestan dichas entidades reportar a las autoridades tributarias, aduaneras o jurídicas la información que requieran para cumplir sus funciones de controlar y velar por el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales. La autorización anterior no me impedirá ejercer derecho a corroborar en cualquier tiempo que la información suministrada es veraz, completa y actualizada y en caso de que no se deje constancia de mi desacuerdo a exigir su certificación y a que se informe sobre las correcciones efectuadas. Tampoco liberara a las Centrales de Riesgo de la obligación, de indicarme cuando yo lo pida quien consulto mi historia de desempeño crediticio durante los seis meses anteriores a mi petición. La autorización anterior no permite a las Centrales de Riesgo divulgar la información mencionada para fines diferentes, primero a evaluar los riesgos de concederme un crédito, segundo a verificar por parte de las autoridades públicas competentes el cumplimiento de mis deberes constitucionales y legales y tercero a elaborar estadísticas y derivan mediante modelos matemáticos conclusiones de ellas.

Declaramos haber leído cuidadosamente el contenido de esta autorización y haberla comprendido a cabalidad, razón por la cual entendemos sus alcances y sus implicaciones.

FIRMA ASOCIADO DEUDOR



FIRMA PRIMER CODEUDOR

FIRMA SEGUNDO CODEUDOR

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

sura

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud

☐ Póliza Nueva ☐ Ingreso ☐ Modificación ☐ Renovación

Forma de pago prima

☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Sistema de ajuste

☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) ☐ 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	% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución
☐ C.C. ☐ C.E. ☐ PA. ☒ NIT	860.514.013-2	COOPERATIVA MULTIACTIVA COOTRANOR	☐ Pública ☒ Privada

Dirección Correspondencia	Ciudad / Departamento	Correo Electrónico	Teléfono (sin indicativo)
CARRERA 10 No 24 - 49 PISO 8	BOGOTA D.C.	cootranor@cootranor.org	3158854319

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)	Sexo	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
☒ C.C. ☐ C.E. ☐ PA.	1053664100	Naddy Carolina Abril	☒ F ☐ M	1986/08/29

Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento	Teléfono (Sin indicativo)	Celular
70	1.68	Duitama	Boyacá		3142861468

Dirección Correspondencia	Correo Electrónico
Cra 19 # 16-31	moddy.abril@supernotariado.gov.co

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito $ 4.100.000-

Modalidad de Valor Asegurado:

☐ Saldo Insoluto ☐ Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

☐ Vida

☐ Invalidez por Accidente o Enfermedad Valor Asegurado

☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) _____ % $ _____

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)

$ _____

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 ☐ SI ☐ NO

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

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: ☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del miocardio ☐ Arritmias ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Ceguera ☐ Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) ☐ Derrames ☐ Isquemia o trombosis cerebral ☐ Epilepsia ☐ Enfisema (EPOC) ☐ Bronquitis Crónica ☐ Cáncer ☐ Leucemia ☐ Lupus ☐ Tumores malignos ☐ SIDA o VIH positivo ☐ Insuficiencia Renal ☐ Esclerosis múltiple ☐ Artritis reumatoidea ☐ Diabetes ☐ Pancreatitis ☐ Hepatitis B o C ☐ Cirrosis ☐ Retardo mental ☐ Transtornos psiquiátricos ☐ Colitis Ulcerativa ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis ☐ Deformidades corporales ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna ☐ Pérdida funcional o anatómica ☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál? ☐ Consume Actualmente drogas estimulantes Ha estado en tratamiento para: ☐ Alcoholismo ☐ Drogadicción ☐ SI ☐ NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
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)? ☐ SI ☐ NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
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(cemos) 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.

Certificado(amos) que el Asesor me(nos) explicó coberturas, exclusiones del contrato, y la información contenida en esta solicitud. Además hube(mos) leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta Solicitud de Seguro

Firma del Afiliado o Tomador

Número de Identificación 1053664100

Huella Índice Derecho Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) 2024 / 10/02

TIPO DE 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.

Cootranor
Cooperativa Multiactiva

Personería Jurídica 0873 del 23 de abril 1980
NIT: 860.514.013-2

No. Rad.:

OPERADOR DE LIBRANZAS
RUNEOL 860514013 - 00006889
ART. 14 LEY 1527 DE 2012

LIBRANZA No. _____ **Tipo de Crédito** _____

FECHA: _____ **Valor del Préstamo** _____

Valor Interés _____

Valor Seguro _____

TOTAL _____

Yo, _____ con C.C. No. _____ de _____, por medio de la presente autorizo al Señor Pagador para que del sueldo que devengo como empleado(a) y/o trabajador independiente de la oficina _____ me sea descontada la suma de _____ Quincenal ☐ Mensual ☐, hasta completar la suma de _____ valor préstamo (capital e interés) concedido por la Cooperativa Multiactiva COOTRANOR, la primera cuota deberá ser descontada del pago correspondiente al día _____, y así sucesivamente por _____ meses, hasta completar la suma de _____, quedando establecido que la mora en el pago de una de las cuotas estipuladas, dará derecho a COOTRANOR para declarar vencido el plazo, en cuyo caso reconocerá el doble de la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera, hasta la cancelación, siendo de mi cargo los gastos de libranza, si a ello hubiere lugar. Así mismo autorizo al pagador para que retenga y entregue a COOTRANOR, el saldo total de cualquier pago que deba hacérseme. Igualmente confiero poder especial, amplio y suficiente a COOTRANOR para que en caso de mi retiro de _____ solicite y trámite ante la entidad del reconocimiento y pago de las prestaciones a que tengo derecho, para aplicarlas al saldo de la deuda pendiente hasta el límite fijado en la ley. Y toda suma que como indemnización por retiros compensados que llegare a percibir o se traslade los descuentos a la nueva entidad donde ingrese a laborar de acuerdo a la Ley 1527 de 2012 Art. 14.

Deudor:	1er. Codeudor:	2do. Codeudor:
C.C. 1053664100	C.C.	C.C.
Nombre legible	Nombre legible	Nombre legible
Hagdy Carolina Abril		
HUELLA	HUELLA	HUELLA

ACEPTADA LA RETENCIÓN

PAGADOR DE LA ENTIDAD

GERENTE COOTRANOR

ORIGINAL - COOTRANOR

Cootranor
Cooperativa Multiactiva

Personería Jurídica 0873 del 23 de abril 1980
NIT: 860.514.013-2

No. Rad.:

OPERADOR DE LIBRANZAS
RUNEOL 860514013 - 00006889
ART. 14 LEY 1527 DE 2012

LIBRANZA No. _____ **Tipo de Crédito** _____

FECHA: _____ **Valor del Préstamo** _____

Valor Interés _____

Valor Seguro _____

TOTAL _____

Yo, _____ con C.C. No. _____ de _____, por medio de la presente autorizo al Señor Pagador para que del sueldo que devengo como empleado(a) y/o trabajador independiente de la oficina _____ me sea descontada la suma de _____ Quincenal ☐ Mensual ☐, hasta completar la suma de _____ valor préstamo (capital e interés) concedido por la Cooperativa Multiactiva COOTRANOR, la primera cuota deberá ser descontada del pago correspondiente al día _____, y así sucesivamente por _____ meses, hasta completar la suma de _____, quedando establecido que la mora en el pago de una de las cuotas estipuladas, dará derecho a COOTRANOR para declarar vencido el plazo, en cuyo caso reconocerá el doble de la tasa máxima autorizada por la Superintendencia Financiera, hasta la cancelación, siendo de mi cargo los gastos de libranza, si a ello hubiere lugar. Así mismo autorizo al pagador para que retenga y entregue a COOTRANOR, el saldo total de cualquier pago que deba hacérseme. Igualmente confiero poder especial, amplio y suficiente a COOTRANOR para que en caso de mi retiro de _____ solicite y trámite ante la entidad del reconocimiento y pago de las prestaciones a que tengo derecho, para aplicarlas al saldo de la deuda pendiente hasta el límite fijado en la ley. Y toda suma que como indemnización por retiros compensados que llegare a percibir o se traslade los descuentos a la nueva entidad donde ingrese a laborar de acuerdo a la Ley 1527 de 2012 Art. 14.

Deudor:	1er. Codeudor:	2do. Codeudor:
C.C. 1053664100	C.C.	C.C.
HUELLA	HUELLA	HUELLA
Nombre legible	Nombre legible	Nombre legible
Hoggy Carolino Abril		

ACEPTADA LA RETENCIÓN

PAGADOR DE LA ENTIDAD

GERENTE COOTRANOR

COPIA - ASOCIADO

Libertad y Orden

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
SISTEMA DE PERSONAL Y NÓMINA
LIQUIDACION DE NÓMINA POR PROCESO

Despacho del Registrador TUNJA

15

1501020 **DUITAMA** N

ABRIL MAGDY CAROLINA ID: 5038 — 1,053,664,100
PROFESIONAL UNIVERSITARIO-2044-10

Devengados			Deducidos			
SUELDO BASICO	30	$4,310,846.00	APORTES SALUD	COMP	8	$344,900.00
PRIMA DE ACTIVIDAD		$4,310,846.00	APORTES PENSION	COLP	6	$344,900.00
			REGIMEN SOLIDARIDAD		6	$43,100.00
			COOTRANOR			$353,859.00
			SINTRANORE			$43,108.00
			COOTRANOR			$172,434.00
			APORTE DE SUBSISTENCIA		6	$43,100.00

Total Devengados $8,621,692 — Total Deducidos $1,345,401
Neto a Pagar $7,276,291

BECERRA TORRES DAVID ARM
TECNICO OPERATIVO-3132-18

Devengados
SUELDO BASICO
PRIMA DE ACTIVIDAD
DIAS VACACIONES

Total Devengados
Net

GOMEZ CHAPARRO CESAR ROLANDO ID: 3013 — 74,372,364
PROFESIONAL UNIVERSITARIO-2044-10

MEJIA OCHICA VANESSA YOLI
AUXILIAR ADMINISTRATIVO-40