

SOLICITUD DE TARJETA

DATOS BÁSICOS DEL CRÉDITO

Ciudad y Fecha de Solicitud:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tipo de Tarjeta:	<input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiar <input type="checkbox"/> Tarjeta Débito Beneficiar - Red Coopcentral	Línea solicitada:	<input type="checkbox"/> CREDI-BEC <input type="checkbox"/> CRÉDITO ROTATIVO	Plazo:	24 MESES 36 MESES
Valor Solicitado:	Valor en letras:			Aumento de Cupo:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

DATOS BÁSICOS DEL SOLICITANTE

Documento de Identificación:	<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Otro: _____ No. _____		Lugar de Expedición:	Fecha de Expedición:			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:				
Dirección de Residencia:	Barrio:	Ciudad / Municipio:	Departamento / Estado:	País de Residencia:		Estrato:	
Tipo de Vivienda:	Reside desde:	Valor mensual arriendo:	Nombre del Arrendador:		Teléfono del Arrendador:		
Teléfono Residencia:	Celular Personal:	E-mail Personal:		No. Personas a Cargo:			
Estado Civil:	Nivel Académico:		Si es Independiente por favor describa su Actividad Económica				
Título/Profesión:	Actividad Económica:						
Tipo de contrato:	Entidad donde Labora:		Código CIU:				
Cargo-área o función que desempeña:	Dirección comercial o de la Empresa donde trabaja:		Ciudad / Municipio:		Dpto. / Estado:		
Teléfono laboral y ext.	E-mail Empresarial:	Fecha Ingreso a la Empresa:		Vencimiento del contrato:			
Referencia Familiar (que no viva con usted)	Parentesco:	Teléfono:	Celular:	Ciudad / Municipio:		Dpto. / Estado:	
Referencia Personal (que no viva con usted)	Parentesco o vínculo:	Teléfono:	Celular:	Ciudad / Municipio:		Dpto. / Estado:	

INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario o Ingreso Mes Activ. Principal	Vr. Otros Ingresos Mes	Provenientes de:	Declaro Renta:	
\$	\$		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Total Egresos Mensuales:	Valor Activos y Pasivos con corte al:	Total Activos:	Total Pasivos:	
\$	\$	\$	\$	

BIEN RAÍZ

Tipo de Bien:	Valor Comercial:	Hipoteca a favor de:		
Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál? _____	\$			
Dirección del Inmueble:	Barrio:	Ciudad:	Departamento:	Matrícula Inmobiliaria
				Valor Hipoteca:
				\$
				Patrimonio de Familia
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

VEHÍCULO

Marca:	Modelo:	Placa:	Tipo de Servicio:	Valor Comercial:	Asegurado con:	Pignorado a:
				\$		

DATOS DEL CÓNYUGE

Cédula:	Apellidos:	Nombres:			
Teléfono:	Celular Personal:	E-mail Personal:			
Actividad Económica:	Empleado(a) <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Cuál: _____				
Empresa donde trabaja:	Cargo:	Dirección:	Ciudad / Municipio:	Dpto. / Estado:	
E-mail Empresarial:	Teléfono Oficina:	Extensión:	Fecha Ingreso a la Empresa:		
Salario Mensual:	Vr. Otros Ingresos:	Provenientes de:	Declaro Renta		
\$	\$		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

AUTORIZACIONES

Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiar Entidad Cooperativa y en el Reglamento y Condiciones de Uso de la Tarjeta Débito de Afinidad, cuyo contenido puede ser consultado en Zona Privada del Asociado, y demás normatividad de la Cooperativa vigente y aplicable a los productos adquiridos a través de este documento.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

FORMA DE PAGO: Nómina Débito Código de Barras PSE Web Services

EN CASO DE SELECCIONAR DÉBITO, DILIGENCIA EL SIGUIENTE CUADRO

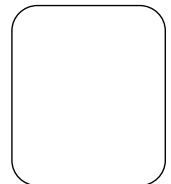
Autorizo al BANCO _____ debitar automáticamente de mi cuenta de ahorros , cuenta corriente número _____, el día _____ () de cada mes, el valor generado correspondiente a la presente obligación con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA o a quien represente sus derechos y a efectuar el traslado a la cuenta designada para tal fin por la Cooperativa. SI EN EL MOMENTO DE REALIZAR EL DÉBITO DEL VALOR GENERADO NO EXISTEN FONDOS SUFICIENTES, ASUMO EL COSTO DE LA TRANSACCIÓN Y AUTORIZO A BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA PARA DEBITAR DE MI CUENTA O COBRAR POR OTRO MEDIO DICHO VALOR. De igual manera, autorizo a la Cooperativa a descontar de forma anticipada el valor de la Cuota de Manejo Anual por concepto de Administración con cargo al cupo de la Tarjeta Débito Visa y los valores correspondientes a las transacciones realizadas con esta.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma Solicitante

C.C.: _____

Huella Índice Derecho



¡La opción financiera más humana!

PAGARÉ A LA ORDEN

ACREEDOR : BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

DEUDOR(ES) : _____

El (los) suscriptor(es) del presente pagaré, identificado(s) como quedó arriba consignado, domiciliado(s) en _____ actuando en mi (nuestro) propio nombre(s) o en nombre y representación de _____, pagaré(mos) de manera solidaria, incondicional e indivisible a favor de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o a su orden, o quien sus derechos represente, la suma total de _____ **PESOS MONEDA CORRIENTE** (\$ _____), el día _____ del mes de _____ de _____.

Esta suma se discrimina así:

a) Capital	\$ _____	d) Primas de seguros	\$ _____
b) Intereses de plazo	\$ _____	e) Comisiones	\$ _____
c) Intereses de mora	\$ _____		

A partir del vencimiento, pagare(mos) sobre los valores indicados en los literales a), d) y e), intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de que igualmente se paguen sobre los conceptos indicados en los literales b) y c), en los términos del artículo 886 del Código de Comercio, para lo cual la firma de este documento se entenderá como acuerdo posterior al vencimiento.

Todos los gastos, honorarios e impuestos ocasionados por la suscripción, cobro extrajudicial o judicial de este título valor, correrán por cuenta exclusiva de su(s) otorgante(s).

Autorizamos irrevocablemente a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA para A.) Solicitar a la empresa o empresas a las que actualmente o en un futuro nos encontremos vinculados laboral o contractualmente, debitar de nuestros salarios, prestaciones legales o extralegales, bonificaciones, indemnizaciones, honorarios y en general de cualquier valor a nuestro favor, las sumas a nuestro cargo generados en las obligaciones adquiridas en el presente pagaré o a cualquier otro título con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA. B.) En caso de desvinculación laboral, solicitar el saldo de las cesantías vigente en el Fondo de Cesantías en el que nos encontremos afiliados con el propósito de aplicarlas al saldo de las obligaciones que queden a nuestro cargo. C.) Aplicar a esta o a cualquiera de nuestras obligaciones, las sumas que a nuestro favor se encuentren en poder de BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA tales como aportes sociales, ahorros y en general de cualquier derecho económico del que seamos titulares. D.) En caso de desvinculación laboral, o por la pérdida de la calidad de asociado, la tasa de interés sobre los saldos pendientes de pago, sea la equivalente a la comercial vigente. En caso de que por cualquier motivo, no se llegare a realizar por parte de nuestro empleador o contratante los descuentos correspondientes a la amortización del presente pagaré, reconoceremos que esta circunstancia no nos releva a dar cumplimiento al pago correspondiente, por lo cual procederemos inmediatamente a su cancelación directamente a BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, utilizando los mecanismos previstos por esta. Reconocemos que la solidaridad e indivisibilidad subsisten en caso de prórroga, novación, refinanciación o de cualquier modificación de lo estipulado, aun cuando se pacte con uno solo de los deudores. Aceptamos cualquier endoso, cesión o traspaso de este título valor. Renunciamos a toda clase de requerimientos. E.) A descontar de mi nómina, cuentas de ahorro o corriente de cualquier banco el valor correspondiente a mis obligaciones con BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA.

En constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ del mes de _____ de _____.

"Por expresa instrucción de la Superintendencia de Industria y Comercio, se le hace conocer a la parte deudora en el presente contrato que durante el periodo de financiación la tasa de interés variable o fija, remuneratoria o moratoria no podrá ser superior a la tasa máxima legal permitida. Si la tasa pactada supera el límite legal deberá ser ajustada al mismo.

"De acuerdo con lo establecido en el artículo 884 del Código de Comercio, cuando se cobren intereses que sobrepasen los límites fijados en la ley, el acreedor perderá todos los intereses, bien sean los remuneratorios, los moratorios o ambos según se trate. En tales casos, el consumidor podrá solicitar la inmediata devolución de las sumas que haya cancelado por concepto de los respectivos intereses. (Subrayado extratextual)

"Se advierte que se entiende por interés, la renta que se paga por el uso del capital durante un periodo determinado, sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 717 del Código Civil. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 68 de la Ley 45 de 1990, se reputarán también como intereses las sumas que el acreedor reciba del deudor sin contraprestación distinta al crédito otorgado, aun cuando las mismas se justifiquen por concepto de honorarios, comisiones u otros semejantes. También se incluirán dentro de los intereses las sumas que el deudor pague por concepto de servicios vinculados directamente con el crédito, papelería, cuotas de afiliación etc."

Firma del Solicitante
C.C. _____
Dirección _____

Teléfono _____

Firma Deudor Solidario
C.C. _____
Dirección _____

Teléfono _____

¡La opción financiera más humana!

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ A LA ORDEN

Ciudad y Fecha

Señores

BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

Ciudad

Referencia: Carta de Instrucciones

Pagaré No.

Yo (nosotros), identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestra) firma, actuando en mi(nuestro) propio(s) nombre, o en nombre y representación de _____, en los términos del artículo 622 del Código de Comercio, autorizo(amos) a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o quien sus derechos represente, para diligenciar los espacios en blanco dejados en el pagaré indicado en la referencia, de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, podrá diligenciar los espacios en blanco en cualquiera de los siguientes eventos:
 - a) El no pago oportuno de cualquier suma de dinero, que conjunta, o separadamente debiere(mos) a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, por concepto de capital, intereses corrientes y de mora, primas de seguros, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza judicial o extrajudicial, o cualquier otro derivado de cualquiera y/o todas de las siguientes operaciones activas de crédito: 1) apertura de crédito mediante otorgamiento de cupos rotativos de crédito. 2) Utilizaciones realizadas con tarjetas de afinidad otorgadas en desarrollo de operaciones de crédito aprobadas, o cualquier otra que se expida con ocasión de los servicios prestados por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. 3) Primas de seguros en atención a los servicios complementarios que presta **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, y en general de cualquier otro servicio otorgado.

BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA, podrá hacer uso de esta facultad, aun cuando el incumplimiento se refiera a una sola de las obligaciones, por cuanto ello implicará la exigibilidad anticipada de las demás.
 - b) La admisión y/o declaratoria de alguno de los suscriptores de esta carta, en cualquier proceso o trámite de índole concursal o liquidatorio.
 - c) La insolvencia de cualquiera de los suscriptores de esta carta, o la verificación de cualquier hecho, que coloque a alguno de estos en circunstancias que los dificulten o imposibiliten para cumplir sus obligaciones para con **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**.
 - d) Disolución, liquidación, muerte o interdicción de cualquiera de los suscriptores de esta carta.
 - e) Si los bienes de cualquiera de los suscriptores de esta carta son embargados o perseguidos en ejercicio de cualquier acción, o se demeritan o deprecian, de modo que dejan de ser suficiente garantía para **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**.
 - f) Si cualquiera de los suscriptores de esta carta, comete inexactitudes, reticencia, imprecisiones o fraudes en balances, certificaciones, informes o declaraciones que suministre o entregue a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**.
2. **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, diligenciará el espacio correspondiente a la fecha de vencimiento del presente pagaré, estableciendo aquella en la que se llenen sus espacios en blanco.
3. **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, diligenciará el espacio correspondiente al valor del pagaré con el que resulte de la suma de todas las obligaciones a cargo de cualquiera y/o todos los suscriptores de esta carta, al momento de diligenciar los espacios en blanco, se encuentren vencidas o no, por concepto de capital, intereses corrientes y de mora, primas de seguros, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza judicial o extrajudicial, o cualquier otro derivados de cualquiera y/o todas de las siguientes operaciones activas de crédito: 1) apertura de crédito mediante otorgamiento de cupos rotativos de crédito. 2) Utilizaciones realizadas con tarjetas de afinidad otorgadas en desarrollo de operaciones de crédito aprobadas, o cualquier otra que se expida con ocasión de los servicios prestados por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. 3) Primas de seguros en atención a los servicios complementarios que presta **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, y en general de cualquier otro servicio otorgado.
4. Las obligaciones a mi (nuestro) cargo se establecerán por los libros, registros y comprobantes de contabilidad de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, los cuales acepto(amos) en todo lo concerniente a dichas obligaciones.
5. Declaro (amos), que copia de esta carta de instrucciones ha quedado en mi(nuestro) poder.

Firma del Solicitante

C.C. _____

Dirección _____

Teléfono _____

Firma Deudor Solidario

C.C. _____

Dirección _____

Teléfono _____



SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES



NIT. 860.524.654-6

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA FIM-SUSV-88 V.2. 03/07/2019

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO		RAZON SOCIAL	
NIT	No. 860 518 350 - 8	BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA	
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 7 No. 34 - 22 OFICINAS 401 - 402	7490001	BOGOTÁ D.C.	CUNDINAMARCA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO		LUGAR DE EXPEDICIÓN		FECHA DE EXPEDICIÓN		
<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	No. _____			DÍA	MES	AÑO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELEFONO/FAX	CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR	OTRO TELÉFONO / FAX		NACIONALIDAD		
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL	
				M F	<input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> UNION LIBRE	
DIESTRO <input type="checkbox"/>	AMBIDIESTRO <input type="checkbox"/>	ZURDO <input type="checkbox"/>	DEPORTES QUE PRACTICA			
OCUPACIÓN DETALLADA			VALOR ASEGURADO		INGRESOS MENSUALES	
			\$		\$	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Psiquiátricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección por HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

2. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

¿Cuál? _____

3. Ha tenido o tiene alguna pérdida funcional o anatómica, ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

4. Ha tenido o tiene algún procedimiento no quirúrgico pendiente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles: _____

5. ¿Tiene pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

6. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en el 50% o más? SI NO

7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI NO

8. ¿Está tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera expresa y voluntaria a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi información a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas respecto al comportamiento crediticio financiero y comercial.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el Exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA.

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea con la finalidad de desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro.
- b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi Historia Clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

CLÁUSULA DE ASESORÍA

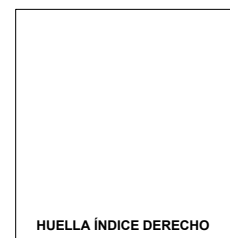
"Queda constancia que he leído, entendido y aceptado los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro; así mismo, las condiciones particulares de la póliza, el alcance de las coberturas, exclusiones y garantías del seguro ofrecido, los costos del producto y su comercialización de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009, la autorización otorgada por la Aseguradora para comercializar el producto y los canales por medio de los cuales se puede formular una petición, queja o reclamo."

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- 1. Poseo pólizas de seguro vigentes con extraprimas. SI NO
- 2. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. SI NO
- 3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad.
- 4. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- 5. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____.



NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE

FIRMA SOLICITANTE
C.C.

HUELLA ÍNDICE DERECHO