

SOLICITUD DE TARJETA

DATOS BÁSICOS DEL CRÉDITO

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

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: DD MM AAAA
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:
Segundo Nombre:	Dirección de Residencia:	
Barrio:	Ciudad / Municipio:	Departamento / Estado:
País de Residencia:	Estrato:	Tipo de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Arriendo <input type="checkbox"/> Familiar
Reside desde: DD MM AAAA	Valor mensual arriendo: \$	Nombre del Arrendador:
Teléfono del Arrendador:	Teléfono Residencia:	Celular Personal:
Correo electrónico Personal:	No. Personas a Cargo:	Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Nivel Académico: Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>	Título/Profesión:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Independiente
Si es Independiente por favor describa su Actividad Económica:	Tipo de contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Término Fijo <input type="checkbox"/> Obra y Labor <input type="checkbox"/> Prestación Servicios <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/>	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.
Correo electrónico empresarial:	Fecha Ingreso a la Empresa: DD MM AAAA	Vencimiento del contrato: DD MM AAAA

INFORMACIÓN FINANCIERA

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

BIEN RAÍZ

Tipo de Bien: Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?	Valor Comercial: \$	Hipoteca a favor de:
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:	Correo electrónico 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:	Correo electrónico Empresarial:
Teléfono Oficina:	Extensión:	Fecha Ingreso a la Empresa: DD MM AAAA
Salario Mensual: \$	Vr. Otros Ingresos: \$	Provenientes de:
Declara Renta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

SOLICITUD DE TARJETA

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CONSULTA EN OPERADORES DE INFORMACIÓN (CENTRALES DE RIESGO)

Declaro que BENEFICIARIO ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado:

- 1) Que la política de tratamiento de datos y el aviso de privacidad se encuentran disponibles en la página web: <https://www.beneficiario.com.co>.
- 2) Que, como titular de la información de los datos, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y ley 1581 de 2012 y demás normas que las adicionen o modifiquen. Declaro que me asiste el derecho de acceso, conocimiento, actualización, corrección, rectificación, revocación, suspensión o supresión de datos y/o revocación de la autorización o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido a Beneficiario Entidad Cooperativa, a la dirección de correo electrónico directorovm@beneficiario.com.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario a la Carrera 7ª No. 34- 22 de la ciudad de Bogotá, D.C.
- 3) 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.
- 4) Que los datos relacionados con mis beneficiarios se entienden autorizados a través de la estipulación a favor de otro con la finalidad de garantizar sus derechos.
- 5) Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a Beneficiario Entidad Cooperativa, a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien contrate para el ejercicio de estos, en relación a cuando aspire a ser asociado, tenga calidad de asociado o posea productos, beneficios y/o servicios vigentes con la Cooperativa, para que de tratamiento de mis datos, consulte, solicite, suministre, reporte, procese, obtenga, recolecte, compile, confirme, intercambie, modifique, emplee, analice, estudie, conserve, reciba, verifique, envíe mis datos personales y reporte toda la información que se refiera al estado de mis obligaciones y la información referente a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial y de servicios, así como los datos personales de los Administradores y/o accionistas de la entidad que represento, y a los que la entidad tenga acceso en desarrollo de las finalidades previstas a continuación:
 - i) Ofrecer los productos, beneficios y servicios de la Cooperativa (Prospección comercial), ii) Realizar gestión administrativa, iii) Gestión de estadísticas internas, iv) Gestión de conocimiento de contrapartes v) Verificación de datos vi) Contacto y envío de comunicaciones a través de los medios registrados (correo electrónico, sistemas de mensajería instantánea, número de celular, número telefónico fijo o correo físico) vii) Actualización de información, viii) Consultar, solicitar y reportar a las centrales y operadores de bases de datos e información financiera, comercial y de servicios, toda la información referente a mi comportamiento que surja por cualquier vínculo que posea con la entidad, en los términos de la Ley 1266 de 2008 y demás normatividad que la modifique, ix) Consultar información de manera directa o a través de terceros ante operadores de información de seguridad social y proveedores tecnológicos de facturación y nómina electrónica y en general en cualquier base pública o privada que legítimamente tenga esta información, así como también, suministrar información acerca de sus operaciones a los operadores de información (centrales de riesgo) legalmente establecida, x) 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, xi) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo xii) Implementación y desarrollo de medidas para la prevención y control de actividades ilícitas o delictivas xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las impresiones dactilares, la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012, xiv) 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, xv) Como acreedora de mis obligaciones la cooperativa podrá entregar a terceros la gestión de cobranza o endosar o ceder la gestión del cobro de cartera, xvi) Suministrar información a terceros con los cuales la Cooperativa tenga relaciones contractuales y sea necesario para el cumplimiento del objeto contratado, xvii) Marketing y publicidad propia, xviii) Segmentación de mercados, xix) Fidelización de asociados, xx) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado, riesgos y los demás requeridos por Beneficiario Entidad Cooperativa, xxi) Publicar en la página web testimonios, registros y demás evidencias de las actividades realizadas por la Cooperativa con los asociados, sus beneficiarios y/o familiares, con excepción de los menores de edad, quienes tendrán una autorización específica, xxii) Gestión de sanciones, amonestaciones, llamados de atención, exclusiones, xxiii) Atención al asociado, ex asociado y deudores en general, recepción y gestión de requerimientos internos o externos sobre productos o servicios, xxiv) Gestión de tarjetas cualquiera sea su modalidad, xxv) Ser informado sobre los cambios reglamentarios y citaciones a los eventos que se organicen, xxvi) Realizar las demás actividades propias de la Cooperativa autorizadas por ley para el desarrollo del objeto social y cumplimiento de sus estatutos.
- 6) Esta autorización implica que esos datos serán registrados con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones crediticias, financieras, comerciales, de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes tengan acceso a esos operadores de información podrán conocer esa información de conformidad con la legislación vigente.
- 7) Igualmente, la presente autorización implica que Beneficiario Entidad Cooperativa y las entidades vinculadas con las que se haya suscrito convenios para el intercambio de información, podrán circular y compartir con propósitos gerenciales, comerciales, de gestión de riesgos, consolidación de información, compliance, estadísticos y de servicio, los datos personales suministrados por mí a Beneficiario Entidad Cooperativa o a otras entidades vinculadas con ocasión de las relaciones contractuales generadas con la vinculación a los servicios de ahorro y crédito y que otras entidades me presten, así como el registro fotográfico, referencias comerciales, referencias personales, registro de firmas, y registro de impresiones dactilares, considerados algunos de ellos datos sensibles
- 8) Autorizo la transmisión nacional e internacional de datos con proveedores de servicios de almacenamiento, custodia y seguridad de la información y proveedores necesarios para desarrollar las finalidades aquí previstas. También autorizo la transferencia nacional e internacional de datos con aliados comerciales para fines de publicidad, marketing y prospección comercial.
- 9) Autorizo a Beneficiario Entidad Cooperativa de forma permanente e irrevocable, para que comparta con su operador de entrega de productos, la información de correo electrónico y teléfono que he reportado a la Cooperativa de manera que a través de estos medios dicho operador me contacte para coordinar la forma y el lugar de entrega de los productos.
- 10) Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por Beneficiario Entidad Cooperativa a quien represente, o a quien ceda sus derechos, o a quien ésta contrate para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correspondencia certificada, correos electrónicos, WhatsApp, llamadas telefónicas o cualquiera de los canales que a bien tenga la Cooperativa disponibles en su momento, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por Beneficiario Entidad Cooperativa, para los fines mencionados en la presente declaración, en caso de que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales puedo comunicarlo a través del correo electrónico directorcomunicaciones@beneficiario.com.co.
- 11) Adicionalmente, en cumplimiento de la Ley 2300 de 2023, autorizo a Beneficiario Entidad Cooperativa para ser contactado mediante correo electrónico registrado(s), dirección física a través de correo físico certificado y número de teléfono de contacto aportado(s) incluyendo mensajes a través de WhatsApp, SMS y llamada, con fines de gestión cobranza y envío de mensajes publicitarios en horario de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm, y sábados de 8:00 am a 3:00 pm, cumpliendo de manera integral los requisitos de periodicidad, excepciones y prohibiciones señalados en la ley.
- 12) Autorizo que mi firma, impresión dactilar y fotografía sean utilizados para garantizar verificación biométrica de identidad y actividades de prevención de suplantación de identidad.
- 13) Declaro que he informado y que cuento con la autorización de los terceros que registre como beneficiarios para que sus datos personales sean incorporados en una base de datos responsabilidad de Beneficiario Entidad Cooperativa para su tratamiento, el cual podrá incluir la recolección, almacenamiento, uso, circulación y destinación con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos, mantener, controlar y desarrollar la relación.
- 14) Conozco y declaro que es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre datos sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.
- 15) Que la presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de Beneficiario Entidad Cooperativa a quien esta contrate para el ejercicio de estos o a quien ceda sus derechos, obligaciones o su posición contractual a cualquier título, en relación con los productos y servicios de los que sea titular.
- 16) Que en los términos de la ley 1581 de 2012, manifiesto de manera expresa, que he sido informado del tratamiento al que serán sometidos mis datos y su finalidad.
- 17) Las autorizaciones contenidas en el presente documento permanecerán vigentes hasta tanto sean revocadas por mí y comunicadas a Beneficiario Entidad Cooperativa. Igualmente, podrán ser revocadas en los eventos previstos en la ley y en el protocolo para la Administración de Datos Personales de Beneficiario Entidad Cooperativa, siempre y cuando no exista ningún tipo de relación contractual o legal con la Cooperativa y no se encuentre vigente algún producto o servicio derivado de dichas autorizaciones.
- 18) Acepto las condiciones estipuladas en los estatutos de Beneficiario 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, DILIGENCIE 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 BENEFICIARIO ENTIDAD COOPERATIVA 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 BENEFICIARIO 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
Vis a 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. 860.624.684-6

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO		RAZON SOCIAL	
NIT	No. 860 518 350 - 8	BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA	
DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 7 N° 34-22 OFICINAS 401 - 402	7490001	BOGOTÁ	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		TELÉFONO/FAX		CIUDAD / MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO CELULAR		OTRO TELÉFONO / FAX		NACIONALIDAD	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		ESTADO CIVIL			
DÍA MES AÑO		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
Enfermedades del sistema autoinmune (Lupus, S. Sjogren, Psoriasis, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del Sistema Respiratorio (Asma, Epoc, Oxigenodependencia, Etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Del Hígado (Cirrosis, Hepatitis B, C, D; Etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Discos Vertebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Millitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de los órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									Enfermedades Neurológicas	<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

Nota: Se cubre el presente amparo adicional de Incapacidad Total y Permanente, que al ser calificada de acuerdo con los criterios establecidos en el manual único de calificación de invalidez (decreto 1507 de 2014, o aquel vigente al momento de la calificación de la invalidez) sea igual o superior al 50% de la pérdida de la capacidad laboral, siempre y cuando la fecha de **estructuración** de la misma se produzca dentro de la vigencia de la póliza.

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

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SE RESERVA LOS DERECHOS DE SOLICITAR REQUISITOS ADICIONALES SI LO ESTIMA CONVENIENTE, ASI COMO DECLINAR O EXTRAPRIMAR CUALQUIER SOLICITUD QUE NO ESTE DE ACUERDO CON LAS NORMAS DE SELECCIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA FM-SUSV-88 V.4

AUTORIZACIÓN PARA CENTRALES DE RIESGO

Autorizo de manera previa, expresa y voluntaria a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, o a quien represente sus derechos a consultar, almacenar, actualizar, conservar, compilar, modificar, 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.

Consideración:

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Financiera de Colombia y los estándares internacionales para prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la ley.
3. Que los principios sobre protección de datos serán aplicables a los datos personales de conformidad con lo establecido por el parágrafo del artículo 2 de la ley 1581 de 2012.
4. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo asegurable y reasegurable se tratarán observando las leyes 1581 de 2012 y 1266 de 2008 según el caso.
5. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente Autorización.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que la política de tratamiento de datos y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://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, derecho que se puede ejercer a través de la línea de protección de datos establecida en la página web y el correo electrónico tratamientodatos@solidaria.com.co.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA, que actuará como Responsable del tratamiento y en tal virtud podrá recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, incluyendo datos financieros, crediticios, sensibles y de menores en calidad de su representante legal, para las siguientes finalidades:

i) El trámite de mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor ii) El proceso de negociación de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas, la selección de riesgos y toda la fase precontractual iii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iv) El control y la prevención del fraude. v) La liquidación y pago de siniestros. vi) Todo lo que involucre la gestión integral del seguro contratado, incluida la gestión y cobro de cartera. vii) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral viii) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios de técnica aseguradora. ix) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales de seguros, así como de otros servicios inherentes a la actividad aseguradora. x) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. xi) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia. xii) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xiii) Recolectar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, 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. xiv) Recolectar 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. xv) 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.

El tratamiento podrá ser realizado directamente por LA ASEGURADORA o por lo encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS, tales como: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro. iv) Las personas con las cuales LA ASEGURADORA Y/O EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS adelante gestiones para efectos de celebrar contratos de Coaseguro o Reaseguro. v) FASECOLDA, INVERFAS S.A. y el INIF, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el Responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal v) del párrafo anterior, serán entre otros:

a) FASECOLDA cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Pisos 11 y 12, email: fasecolda@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

b) INVERFAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 11, email: inverfas@fasecolda.com Tel. 3443080 de la ciudad de Bogotá D.C.

c) INIF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Carrera 13 No. 37-43, piso 8, email: directoroperativo@inif.com.co Tel. 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

Con la firma en el presente documento, de manera expresa AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales, incluidos los sensibles y de menores en calidad de su representante legal, y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

CANALES AUTORIZADOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Declaro conocer y estar informado que los canales que a continuación se relacionan, pueden ser utilizados por LA ASEGURADORA para realizar gestiones de cobranza, así como para el envío de mensajes publicitarios a través de mensajes cortos de texto (SMS), mensajería por aplicaciones web, correos electrónicos y llamadas telefónicas de carácter comercial o publicitario, todo dentro del marco legal aplicable. De esta manera, AUTORIZO expresamente para ser contactado por LA ASEGURADORA y/o sus gestores comerciales, de cobranza e intermediarios, para los fines mencionados en la presente declaración, mediante los canales: Presencial, telefónico, correo electrónico, en algunos casos mensajes de texto y WhatsApp por medio de gestión automática y cualquier otro que en adelante pueda surgir. En caso que voluntariamente desee cambiar el canal de contacto o tener un canal exclusivo para la gestión de cobranza y/o para fines comerciales a través del whatsapp "CAMI" 3142034106 opción 4 de información general.

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera:

- 1) Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de la póliza.
- 2) El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos.
- 3) El alcance de los servicios de intermediación.
- 4) Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la ley 1328 de 2009.
- 5) La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS).
- 6) La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero.
- 7) La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido.
- 8) El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro.
- 9) Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente

1. Poseo póliza de seguro vigente con extraprima 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 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 retención en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del código de Comercio, Así mismo declaro que el presente documento es diligenciado de manera personal o es diligenciado bajo mi consentimiento

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 _____.

Firma Funcionario (Suscripción): _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

- Aprobado
 Aplazado
 Rechazado
 Extra prima por Salud

Observaciones: _____

Firma del Solicitante _____

Nombre del Solicitante _____

No. Cédula: _____

HUELLA ÍNDICE
DERECHO

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES Y /O MESADAS PENSIONALES A FAVOR DE BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA

Señores ENTIDAD EMPLEADORA y/o PAGADORA: De conformidad, y en los términos establecidos por la Ley 1527 de 2012, y demás disposiciones que la reglamenten modifiquen o sustituyan, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi (nuestro) empleador y/o entidad pagadora, para que deduzca y retenga de mi (nuestro) salario, honorarios y/o asignación pensional, la(s) cuota(s) de amortización del (los) crédito(s) otorgados por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, más los intereses, seguros y demás valores que se causen por o con ocasión de dicha(s) obligación(es), y los entregue directamente a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, o a quien esta autorice. En consecuencia, ordeno(amos) descontar de mi(nuestro) salario(s), honorarios, y/o mesada pensional, la cantidad de _____ **PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ _____)** en cuotas mensuales (____) y/o quincenales (____), cada una por la suma de _____ **PESOS MONEDA CORRIENTE (\$ _____)**, de acuerdo con el plan de amortización, hasta completar el valor del capital más los intereses de plazo correspondientes a la operación de crédito a mi favor aprobada. La primera cuota deberá ser descontada de mi(nuestro) salario(s), honorarios, y/o mesada pensional, el día _____ (____) del mes de _____ de dos mil _____ (____), y así sucesivamente hasta completar el número de cuotas atrás señaladas. Ordeno(amos) entregar el valor de las cuotas atrás señaladas a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, dentro de los tres (3) primeros días comunes del mes siguiente a la fecha de descuento, hasta completar el valor del crédito, junto con los intereses de mora que se ocasionen, así como los honorarios y gastos de cobranza pre jurídica o jurídica si a ello hubiere lugar. Durante el tiempo que permanezca(amos) en vacaciones y/o licencias, autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, para que de manera anticipada deduzca, retenga y traslade de mi(nuestro) salario, prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones y cualquier otra suma a mi(nuestro) favor, el valor de las cuotas que deba(amos) pagar por el crédito otorgado, de manera que el crédito otorgado no incurra en mora por dichas circunstancias. Igualmente y en atención a mi(nuestra) calidad de asociado de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, autorizo(amos) para que sea descontada y trasladada la suma mensual de _____ (\$ _____) por concepto de los aportes sociales que estoy(amos) obligado(s) a cancelar. En el evento en que mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, no pueda realizar los descuentos de mi(nuestro) salario, honorarios y/o asignación pensional, como consecuencia o por causa de licencias no remuneradas, suspensión del contrato, embargos, o cualquier otro evento, de manera expresa e irrevocable, autorizo(amos), para que dichos descuentos se reanuden una vez cesen o desaparezcan las causas que dieron origen a la suspensión, sin perjuicio de la obligación que le(s) asiste al(los) deudor(es) de realizar el pago por cualquiera de las modalidades que para tal fin le indique **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, y en caso de no hacerlo autorizo(amos) adicionar al valor ordinario de la cuota y hasta donde le sea posible a mi(nuestro) empleador o entidad pagadora, retener los valores dejados de descontar con sus respectivos costes informados oportunamente por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. Si como consecuencia de la disminución de la capacidad de descuento, no resulta posible a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora trasladar el valor total de la cuota pactada, autorizo a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, a trasladar el monto que le resulte posible deducir y retener, y sin perjuicio de la obligación que me(nos) asiste de pagar la diferencia, en la forma como lo disponga **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. Igualmente autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a mi(nuestro) empleador y/o entidad pagadora, para que en caso de desvinculación definitiva o terminación por cualquier causa del contrato, deduzca, retenga y traslade a favor de **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, los saldos insolutos del(los) crédito(s) a mi(nuestro) cargo, de las sumas a mi favor por concepto de prestaciones sociales, indemnizaciones, bonificaciones, así como de cualquier otra suma a la que en razón o con ocasión de dicha relación o contrato, tenga derecho. Así mismo, ordeno(amos) de manera expresa e irrevocable al fondo o entidad, en la que tenga(amos) el valor de las cesantías, para que, en caso de realizarse la liquidación definitiva de estas, de la suma que resulte, sea descontado y girado directamente a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, el saldo adeudado por concepto del(los) crédito(s) a mi(nosotros) otorgado(s).

En el evento en que cambie de empleador y/o entidad pagadora, la presente autorización de descuento, faculta a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, para que, sin el cumplimiento de cualquier otro requisito, solicite a mi(nuestro) nuevo empleador y/o entidad pagadora, la deducción, retención y traslado, de las sumas que por cualquier concepto adeude para la atención de las obligaciones adquiridas o contraídas bajo la modalidad de libranza o descuento directo. Constituirán plena prueba para los descuentos y retenciones que deba realizar mi (nuestro) empleador y/o entidad pagadora, los estados de cuenta y/o certificaciones que en tal sentido sean expedidos por **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**. Las autorizaciones contenidas en el presente documento serán aplicables tanto para el deudor principal, como para el deudor solidario, de manera que las deducciones y retenciones para la cancelación del(los) crédito(s) otorgados(s) se podrá exigir de cualquiera de los suscriptores del presente documento.

"En los términos de artículo 8 de la Ley 1527 de 2012, autorizo de manera expresa e irrevocable a **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA** para que consulte mi información en las bases de datos que manejan los sistemas de salud y/o pensiones que para el efecto autorice o administre el Ministerio de Protección Social o quien haga sus veces, con el propósito de dar continuidad a la autorización de descuento contenida en la libranza firmada".

En señal de que acepto(amos) la(s) obligación(es) en los términos expresados, firmo(amos) solidaria y mancomunadamente la presente autorización en la ciudad de Bogotá, D.C., a los _____ (____) días del mes de _____ de dos mil _____ (20____).

FIRMA DEUDOR:

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:

Nombre: _____
C.C. No.: _____ de _____

Nombre: _____
C.C. No.: _____ de _____

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:

FIRMA DEUDOR SOLIDARIO:

Nombre: _____
C.C. No.: _____ de _____

Nombre: _____
C.C. No.: _____ de _____

PERSONA AUTORIZADA POR LA EMPRESA PARA ACEPTAR Y FIRMAR LA LIBRANZA: Conforme a la autorización impartida por el Trabajador, el Empleador y/o Entidad Pagadora, se obliga a realizar en la forma y plazo en que así se lo informe **BENEFICIAR ENTIDAD COOPERATIVA**, los descuentos a que este obligado el trabajador, para ser aplicado a las obligaciones a su cargo, conforme con lo establecido por la Ley 1527 de 2012, y demás disposiciones que la reglamenten modifiquen o sustituyan.

En señal de aceptación se firma en la ciudad de _____, a los _____ (____) días del mes de _____ de dos mil _____ (20____).

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL Y/O DE LA PERSONA AUTORIZADA POR EL EMPLEADOR Y/O ENTIDAD PAGADORA