

	<h2>Solicitud de Crédito ESPECIAL</h2>	SCE-19-V1 JUL-24
---	--	------------------

Fecha    Empresa donde Labora

VALOR DEL CRÉDITO	PLAZO
\$ <input type="text"/> Solicitado	<input type="text"/> Máximo 24 meses

DATOS PERSONALES SOLICITANTE O DEUDOR		
Nombres <input type="text"/>		Apellidos <input type="text"/>
Cédula de Ciudadanía <input type="text"/>	Fecha Ingreso Empresa <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/>	Cargo Actual <input type="text"/>
Correo Electrónico Personal <input type="text"/>	Correo Electrónico Corporativo <input type="text"/>	Teléfono Celular <input type="text"/>
Dirección Residencia <input type="text"/>		Teléfono Residencia <input type="text"/>

CUADRO DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SOLICITANTE			
INGRESOS		EGRESOS	
Salario	<input type="text"/>	Cuotas	<input type="text"/>
Ingresos Adicionales (certificados)	<input type="text"/>	Alimentación - Vivienda	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	Otros (Tarjetas/seg/Prest.etc)	<input type="text"/>
<b>TOTAL</b>	\$ <input type="text"/>	<b>TOTAL</b>	\$ <input type="text"/>

### DATOS PARA EFECTUAR DESEMBOLSO

Autorizo a Asobursatil, para consultar y reportar en las centrales de riesgo financiero, y así mismo descontar los valores de la consulta como de la transferencia del crédito o de nómina, y desembolsar el valor del que hace referencia esta solicitud, en caso de ser aprobado a la siguiente cuenta:

Nombres y Apellidos Completos

No. Identificación

Número de Cuenta  Ahorros  Corriente

Banco  Sucursal  Ciudad

**FIRMA SOLICITANTE**  
C.C.

**Vo.Bo. JEFE ADMINISTRATIVO**  
FIRMA Y SELLO

SOLO SE TRANSFIERE A CUENTAS CUYO TITULAR SEA EL MISMO DEUDOR O SE GIRARÁ CHEQUE CON CRUCE PARA "CONSIGNAR EN CUENTA DEL PRIMER BENEFICIARIO"

**NOTA: DILIGENCIAR TOTALMENTE Y ADJUNTAR CERTIFICADO LABORAL Ó COPIA DEL DESPRENDIBLE DE NÓMINA DEL ULTIMO MES**

**LIBRANZA**

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Señores

\_\_\_\_\_  
(Firma Comisionista)

Ciudad

Teniendo en cuenta el pagaré adjunto me permito manifestar a ustedes:

Que soy deudor de la ASOCIACION MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL" por al suma de \_\_\_\_\_M/Ct e. xxxx.  
(\$ \_\_\_\_\_) más interés del DTF+12 M.V. anual sobre saldos, según consta en el pagare No. \_\_\_\_\_ y su correspondiente carta de instrucciones.

Que autorizo a la empresa para deducir y retener de cualquier suma que me deba ser pagada, por cualquier concepto, tal como salarios, primas, bonificaciones, etc., la suma de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_M/Cte. x xxx (\$ \_\_\_\_\_ ) hasta completar el pago total de la obligación a mi cargo y a favor de ASOCIACION MUTUAL BURSATIL ASOBURSATIL según consta en el referido pagaré No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.

Que autorizo a \_\_\_\_\_, para que las sumas que me descuenten, de acuerdo con lo establecido en el punto anterior, sean entregadas directamente a ASOBURSATIL.

En consecuencia autorizo y solicito para que en caso de mi retiro como funcionario de \_\_\_\_\_ por cualquier motivo, la empresa queda expresamente autorizada para descontar de la liquidación final de mis salarios, prestaciones sociales y demás, el saldo que a la fecha de dicha novedad adeude a ASOBURSATIL, el cual deberá ser entregado a esta directamente.

Acepto que conozco el reglamento de ahorro y crédito publicado en la página web ([www.asobursatil.org](http://www.asobursatil.org)).

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
ASOCIADO  
C.C. No.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello administrativo de aceptación

**CARTA DE INSTRUCCIONES DEL PAGARE No. \_\_\_\_\_**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en esta ciudad, identificado como aparece al pie de nuestra respectiva firma, actuando en nombre propio, manifestamos que autorizamos a la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL", o quien haga sus veces, para que haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 622 del Código de Comercio, llene los espacios dejados en blanco en el pagaré numero \_\_\_\_\_, para lo cual deberá ceñirse a las siguientes instrucciones:

1. El monto será igual al valor de todas las obligaciones exigibles a mi cargo y a favor de la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL", que existan al momento de ser llenados los espacios.
2. En el primer espacio reservado para una suma en pesos se consignará el monto de cualquier cantidad insoluta que por cualquier concepto, operación o deuda que aparezca por capital o gastos en los libros de contabilidad o conste en los archivos de la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL", de conformidad con el artículo 278 del Código de Procedimiento Civil, presente o futura, que directa o indirectamente, conjunta o separadamente le debamos o lleguemos a deber a la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL".
3. En el segundo espacio reservado, se consignará el valor de los intereses de plazo devengados por deudas a favor de ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL". Que será igual a la sumatoria de los intereses de los créditos sin cancelar a ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL" y que se hayan causado sobre el capital y / o sumas adeudadas. El interés de plazo se liquidará a la tasa del DTF + 12 M. V. anual sobre saldos.
4. En caso de mora pagare a la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL" a la tasa máxima legal permitida.
5. Los espacios en blanco se llenarán cuando ocurra una cualquiera de las siguientes circunstancias:
  - a) Cuando no cancelemos las obligaciones exigibles a nuestro cargo dentro del plazo establecido para cada una de ellas.
  - b) Si los bienes de los otorgantes son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción.
  - c) Si cualquiera de los obligados comete inexactitud en la información presentada a la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL".
  - d) Incumplimiento en el pago del capital y la mora de los intereses de cualquier obligación que directa, indirecta, conjunta o separadamente tengamos contraídas a favor de la ASOCIACIÓN MUTUAL BURSATIL "ASOBURSATIL".
6. La fecha de vencimiento será aquella en que se llenen los espacios en blanco.
7. Firmado en la ciudad de Bogotá D. C., a los ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

El Deudor,

\_\_\_\_\_  
ASOCIADO

C. C. No.

DIRECCIÓN RESIDENCIA

TELEFONO

DIRECCION OFICINA

TELEFONO

PAGARE No. \_\_\_\_\_

**A LA ORDEN DE: ASOCIACIÓN MUTUAL BURSÁTIL “ASOBURSATIL”**

**VALOR:**

**FECHA DE CREACION:**

**FECHA VENCIMIENTO:**

**SE EFECTUARA EL PAGO EN: BOGOTA D. C. CALLE 69A No. 9 - 43.**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en esta ciudad, Identificado (a) como aparece al pie de mi respectiva firma, actuando en nombre propio, declaro que por virtud del presente título valor pagare incondicionalmente, a la orden de ASOCIACIÓN MUTUAL BURSÁTIL “ASOBURSATIL”, con domicilio principal en la Calle 69A No.9-43, de la ciudad de Bogotá, o a quien represente sus derechos y / o haga sus veces, en la ciudad y dirección indicados, la suma de \$ \_\_\_\_\_, correspondiente a capital y la suma de \$ \_\_\_\_\_ correspondiente a intereses de plazo, pagaderos \_\_\_\_\_ en cuotas o instalamentos, a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, hasta el pago total de la suma indicada.

La mora de una sola de las cuotas dará lugar a exigir el total de la obligación y en este caso reconoceré intereses de mora a la tasa máxima legal permitida.

El presente pagaré se podrá hacer exigible en forma total en los siguientes casos: a) Cuando el deudor incumpla una de las obligaciones derivadas del presente documento; b) En caso que se incumpla cualquiera de las obligaciones establecidas en la carta de instrucciones adjunta al presente pagaré. c) Cuando el deudor deje de ser asociado a ASOBURSATIL.

Además en caso de cobranza judicial reconoceré las respectivas costas procesales e intereses moratorios.

Aceptó que conozco el reglamento de ahorro y crédito publicado en la página web ([www.asobursatil.org](http://www.asobursatil.org)).

El Deudor,  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
ASOCIADO  
C. C. No.  
DIRECCION RESIDENCIA  
TELEFONO  
DIRECCION OFICINA  
TELEFONO

INGRESO

RAMO <b>VIDA DEUDORES</b>	GRUPO VIDA <input type="checkbox"/>	GRUPO DEUDORES <input type="checkbox"/>
INTERMEDIARIO <b>CORRECOL</b>	AGENTE	AGENCIA
TOMADOR <b>ASOBURSATIL</b>	NIT <b>800.175.748-3</b>	PÓLIZA NO.
CORREO ELECTRÓNICO <b>ahorroycredito@asobursatil.org</b>	CELULAR <b>310 513 0317</b>	AUTORIZO LA RECEPCIÓN DE MENSAJES DE TEXTO EN MI CELULAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Con la presente, manifiesto mi aceptación de ser incluido como asegurado en el Plan de Seguro, por lo cual suministro los siguientes datos:

ASEGURADO PRINCIPAL				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	CÉDULA DE CIUDADANÍA
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN		TELÉFONO
AÑO	MES	DÍA		
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO
VALOR ASEGURADO SOLICITADO: \$				
¿ACTUALMENTE TIENE OTRAS PÓLIZAS DE VIDA EN AXA COLPATRIA?			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	VALOR ASEGURADO: \$

CÓNYUGE ASEGURADO (Diligencie esta información solo en caso de que el programa al que desea vincularse se extiende al cónyuge y/o compañero(a) permanente)				
PRIMER APELLIDO <b>N/A</b>	SEGUNDO APELLIDO <b>N/A</b>	PRIMER NOMBRE <b>N/A</b>	SEGUNDO NOMBRE <b>N/A</b>	CÉDULA DE CIUDADANÍA <b>N/A</b>
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN		TELÉFONO
AÑO	MES	DÍA		
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA			CIUDAD	DEPARTAMENTO
VALOR ASEGURADO CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE: \$				

ASEGURADOS ADICIONALES (Diligencie esta información solo en caso de que el programa al que desea vincularse se extiende a los hijos y/o padres)							
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOC.	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	VALOR ASEGURADO
<b>N/A</b>		<b>N/A</b>	AÑO	MES	DÍA		\$ <b>N/A</b>
<b>N/A</b>		<b>N/A</b>	AÑO	MES	DÍA		\$ <b>N/A</b>
<b>N/A</b>		<b>N/A</b>	AÑO	MES	DÍA		\$ <b>N/A</b>
<b>N/A</b>		<b>N/A</b>	AÑO	MES	DÍA		\$ <b>N/A</b>
<b>N/A</b>		<b>N/A</b>	AÑO	MES	DÍA		\$ <b>N/A</b>
<b>N/A</b>		<b>N/A</b>	AÑO	MES	DÍA		\$ <b>N/A</b>

NOTA: QUEDA CLARAMENTE ENTENDIDO QUE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN ESTA PÓLIZA HAN AUTORIZADO SU INCLUSIÓN EN LA MISMA Y HAN AUTORIZADO AL ASEGURADO PRINCIPAL A REALIZARLO. SI CON POSTERIORIDAD, ALGUNO DE ELLOS DESEA RETIRARSE, LO PODRÁ HACER MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

BENEFICIARIO DEL SEGURO		
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	%
<b>ASOBURSATIL</b>	<b>ONEROSO</b>	<b>100</b>

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR ASEGURADO (CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE, HIJOS Y PADRES), LOS BENEFICIARIOS DEL GRUPO FAMILIAR SERÁN LOS BENEFICIARIOS DE LEY SEÑALADOS EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO O LOS SEÑALADOS POR EL FAMILIAR ASEGURADO EN COMUNICACIÓN ESCRITA REMITIDA A AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD - ASEGURADO PRINCIPAL		
¿HA SUFRIDO O PADECE ALGUNA ENFERMEDAD?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA:
¿CUÁL?	¿CUÁNDO?	FECHA: _____ MÉDICO/EPS: _____
		RESULTADO: _____

**DECLARACIÓN DEL CLIENTE**

1. Mi estado de salud es normal: no padezco, ni he padecido cáncer, cirrosis, hepatitis b, hipertensión arterial, diabetes, sida, enfermedades neurológicas, enfermedades psiquiátricas, afecciones cardíacas, insuficiencia renal, accidentes cardiovasculares y en general ninguna enfermedad grave o crónica.  
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otra organización o institución a suministrar a AXA COLPATRIA Seguros S.A., mi historia clínica y todos aquellos datos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, incluso después de mi fallecimiento.  
3. La información suministrada en este documento es veraz, actual completa, exacta y comprobable, por tanto, la falsedad, omisión, error o inexactitud en ella, tendrá las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del código del comercio. Me obligo para con AXA COLPATRIA y/o a quien en el futuro haga sus veces, a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto de la información aquí contenida, de acuerdo con los medios y/o procedimientos que la compañía disponga para tal efecto.  
4. Art. 1068 del C.Cio: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.  
5. Art. 1152 del C.Cio: salvo lo previsto en el artículo siguiente (Art. 1153 C.Cio), el no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigirlos.  
6. "En mi calidad de asegurado manifiesto expresamente que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza, que durante el proceso de negociación de la póliza, me han sido anticipadamente explicadas por la aseguradora y/o por el intermediario de seguros y/o la entidad financiera respectiva, las exclusiones y el alcance o contenido de la cobertura de la póliza y de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, conozco y entiendo las características, coberturas y exclusiones y acepto y decido de forma voluntaria tomar la póliza de seguros.  
**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ADMINISTRACIÓN DE DATOS**  
Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA Seguros S.A., AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A., o AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A. (en adelante LAS COMPANÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA A LAS COMPANÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) mis(ma)s solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementan, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPANÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPANÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

as sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementan, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPANÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPANÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co>.

**AUTORIZACION PARA CONSULTA, REPORTE Y ACTUALIZACION DE INFORMACION**

1. Autorizo de manera expresa e inequívoca la remisión de esta información a las demás entidades de Grupo al que pertenecen LAS COMPANÍAS a las que sucesivamente me vincule. 2. Autorizo a LAS COMPANÍAS para que, en el evento de falsedad, omisión o error en la información que he suministrado o suministré, pueda reproducirla y hacer valer las consecuencias estipuladas por la ley ante cualquier autoridad cuando resulte pertinente. 3. Autorizo de manera irrevocable a LAS COMPANÍAS, para que accedan, consulten, comparen, reporten, comuniquen, permitan el acceso y evalúen toda la información que sobre mí se encuentre almacenada en las bases de datos de cualquier central de riesgo crediticio, financiero, de antecedentes judiciales o de seguridad legítimamente constituida, de naturaleza estatal o privada, nacional o extranjera, o cualquier base de datos comercial o de servicios que permita establecer de manera integral e históricamente completa el comportamiento que como deudor, usuario, cliente, garante, endosante, afiliado, beneficiario, suscriptor, contribuyente y/o como titular de servicios financieros, comerciales o de cualquier otra índole. 4. Autorizo a LAS COMPANÍAS y/o a quien en el futuro haga sus veces, para que la información suministrada por cualquier medio que sea susceptible de cambio y/o modificación, sea actualizada a través de los medios y/o procedimientos que las mismas determinen. 5. Autorizo de manera expresa, para ser contactado entre otros medios, a través del envío de correos electrónicos, mensajes cortos de texto (SMS) y mensajes de multimedia (MMS).  
Si usted tiene alguna observación en relación con alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor inclúyelo en este espacio: \_\_\_\_\_

Como constancia de haber leído y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL  
 CC.

ORIGINAL DEL CLIENTE – COPIA AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

HUELLE DEL ÍNDICE DERECHO DEL ASEGURADO PRINCIPAL

**Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)**

**Línea Integral de Atención al Cliente:**

**Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)**

**Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881**