



**COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA SALUD DE SANTADER
COMULSANDER LTDA.**

Principal: Bucaramanga Calle 36 N° 19 - 18 Oficina 303 Tels: 670 1414 Cels: 320 - 493 7755 / 318 - 813 4048
E-Mail: comulsander2011@gmail.com - www.comulsanderltda.com

SOLICITUD DE CRÉDITO

Fecha de Radicación:		20	Monto Solicitado:		Monto Aprobado:	
----------------------	--	----	-------------------	--	-----------------	--

Línea de Crédito:		Inversión del Crédito:		Plazo:	
-------------------	--	------------------------	--	--------	--

1. DATOS DEL DEUDOR

NOMBRE COMPLETO:	C.C.	DE:
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	BARRIO:	CIUDAD:
TELÉFONO RESIDENCIA O CELULAR:	E-MAIL:	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD PAGADORA:	
EMPRESA DONDE TRABAJA:	TELÉFONO:	CIUDAD:
CARGO:	FECHA DE VINCULACIÓN	TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

SI ES INDEPENDIENTE: INDIQUE SU ACTIVIDAD ECONÓMICA:

EMPLEADOS O PENSIONADOS		INDEPENDIENTES	
SALARIO ACTUAL		ACTIVOS	REFERENCIAS COMERCIALES
OTROS INGRESOS*		PASIVOS	NOMBRE
TOTAL DE INGRESOS		PATRIMONIO	TELÉFONO
EGRESOS MENSUALES		INGRESOS	NOMBRE
DISPONIBLE		EGRESOS	TELÉFONO

***DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS**

BIENES INMUEBLES	TIPO	DIRECCIÓN		VALOR COMERCIAL	HIPOTECA (SALDO)	ENTIDAD
VEHÍCULOS	TIPO	MARCA	MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL	LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> V/R \$

2. DATOS DEL PRIMER CODEUDOR

NOMBRE COMPLETO:	C.C.	DE:
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	BARRIO:	CIUDAD:
TELÉFONO RESIDENCIA O CELULAR:	E-MAIL:	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD PAGADORA:	
EMPRESA DONDE TRABAJA:	TELÉFONO:	CIUDAD:
CARGO:	FECHA DE VINCULACIÓN	TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

SI ES INDEPENDIENTE: INDIQUE SU ACTIVIDAD ECONÓMICA:

EMPLEADOS O PENSIONADOS		INDEPENDIENTES	
SALARIO ACTUAL		ACTIVOS	REFERENCIAS COMERCIALES
OTROS INGRESOS*		PASIVOS	NOMBRE
TOTAL DE INGRESOS		PATRIMONIO	TELÉFONO
EGRESOS MENSUALES		INGRESOS	NOMBRE
DISPONIBLE		EGRESOS	TELÉFONO

***DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS**

BIENES INMUEBLES	TIPO	DIRECCIÓN		VALOR COMERCIAL	HIPOTECA (SALDO)	ENTIDAD
VEHÍCULOS	TIPO	MARCA	MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL	LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> V/R \$

3. DATOS DEL SEGUNDO CODEUDOR

NOMBRE COMPLETO:	C.C.	DE:
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	BARRIO:	CIUDAD:
TELÉFONO RESIDENCIA O CELULAR:	E-MAIL:	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> PENSIONADO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD PAGADORA:	
EMPRESA DONDE TRABAJA:	TELÉFONO:	CIUDAD:
CARGO:	FECHA DE VINCULACIÓN	TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>

SI ES INDEPENDIENTE: INDIQUE SU ACTIVIDAD ECONÓMICA:

EMPLEADOS O PENSIONADOS		INDEPENDIENTES	
SALARIO ACTUAL		ACTIVOS	REFERENCIAS COMERCIALES
OTROS INGRESOS*		PASIVOS	NOMBRE
TOTAL DE INGRESOS		PATRIMONIO	TELÉFONO
EGRESOS MENSUALES		INGRESOS	NOMBRE
DISPONIBLE		EGRESOS	TELÉFONO

***DESCRIPCIÓN DE OTROS INGRESOS**

BIENES INMUEBLES	TIPO	DIRECCIÓN		VALOR COMERCIAL	HIPOTECA (SALDO)	ENTIDAD
VEHÍCULOS	TIPO	MARCA	MODELO	PLACA	VALOR COMERCIAL	LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> V/R \$

4. PARA USO DE LA ENTIDAD PAGADORA

NOMBRE DE LA ENTIDAD:	CIUDAD:	
NOMBRE DEL EMPLEADO:	CARGO:	
FECHA DE VINCULACIÓN	D M A	TIPO DE CONTRATO: INDEFINIDO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
SALARIO ACTUAL \$	CUPO DISPONIBLE PARA ENDEUDAMIENTOS \$	

CERTIFICO QUE LOS DATOS ANTERIORES SON VERÍDICOS Y CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LA SITUACIÓN DEL EMPLEADO CON LA EMPRESA, SE DEJA CONSTANCIA IGUALMENTE DE QUE NO TIENE EN TRÁMITE LIQUIDACIÓN PARCIAL DE CESANTÍAS.

FIRMA Y SELLO PAGADOR

FECHA

AUTORIZO A COMULSANDER LTDA. PARA CONSIGNAR EL VALOR DE ESTE CRÉDITO EN LA CUENTA N°

CUENTA CORRIENTE CUENTA DE AHORROS DEL BANCO

A NOMBRE DE C.C. DE

5. PROTECCIÓN DE DATOS (LEY 1581 DE 2012)

AUTORIZO (AMOS) A COMULSANDER LTDA. A REPORTAR, PROCESAR, SOLICITAR Y DIVULGAR A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN DE RIESGO DATACRÉDITO O CUALQUIER OTRA ENTIDAD QUE MANEJE O ADMINISTRE BASE DE DATOS CON LOS MISMOS FINES. TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MI COMPORTAMIENTO COMO CLIENTE DE LA ENTIDAD, LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES, SE REFLEJARÁ EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS, EN DONDE SE CONSIGNEN DE MANERA COMPLETA, TODOS LOS DATOS REFERENTES A MI ACTUAL Y PASADO COMPORTAMIENTO FRENTE AL SECTOR FINANCIERO Y EN GENERAL FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE MIS OBLIGACIONES. ASÍ MISMO, AUTORIZO (AMOS) A COMULSANDER LTDA. PARA CONSULTAR LISTAS RESTRICTIVAS PARA EFECTOS DE VERIFICAR SOBRE LA INCLUSIÓN O NO DE MI NOMBRE A TÍTULO PERSONAL Y AUTORIZO A COMULSANDER LTDA. PARA CONSULTAR LAS BASES DE DATOS DE LA CONTRALORÍA, PROCURADURÍA Y POLICÍA NACIONAL.

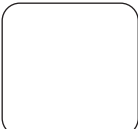
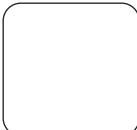
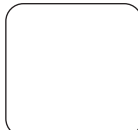
INFORMACIÓN PREVIA

DECLARO (AMOS) QUE HE (MOS) RECIBIDO LA INFORMACIÓN COMPRENSIBLE Y LEGIBLE DEL CRÉDITO Y QUE HE (MOS) QUEDADO ENTERADO (S) DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES OFRECIDOS POR COMULSANDER LTDA. ESPECIALMENTE DECLARO (MOS) QUE HEMOS RECIBIDO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: TASA DE INTERÉS, FORMA DE PAGO, TASA EFECTIVA ANUAL Y PUNTOS ADICIONALES, TASA DE INTERÉS DE MORA, PLAZO, DERECHOS DE COMULSANDER LTDA. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DEL DEUDOR O DE LOS DEUDORES, CENTRALES DE RIESGO, FORMA DE REPORTE POSITIVO Y NEGATIVO, PERMANENCIA DE LA INFORMACIÓN Y DERECHOS A RECTIFICACIÓN DE DATOS ERRADOS.

COMO DEUDOR _____ CODEUDOR I _____ CODEUDOR II _____ DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- TANTO MI ACTIVIDAD O PROFESIÓN ES LÍCITA Y LA EJERZO DENTRO DEL MARCO LEGAL.
- EL ORIGEN DE LOS BIENES Y RECURSOS QUE POSEO NO PROVIENEN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO Y MIS INGRESOS PROVIENEN DEL DESARROLLO DE MI ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL.
- LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ, VERIFICABLE Y AUTORIZO A COMULSANDER LTDA. PARA QUE HAGA LAS DEBIDAS CONFIRMACIONES.
- LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO, NO SE DESTINARÁN A LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS.
- LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS, COMPLETAS Y VERÍDICAS EN LA FORMA QUE APARECEN ESCRITAS.
- MANIFIESTO QUE NO HE SIDO DECLARADO RESPONSABLE JUDICIALMENTE POR LA COMISIÓN DE DELITOS CONTRA LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, CUYA PENA SEA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD O QUE AFECTEN EL PATRIMONIO DEL ESTADO, ó, CON DELITOS RELACIONADOS CON LA PERTENENCIA, PROMOCIÓN O FINANCIACIÓN DE GRUPOS ILEGALES, DELITOS DE LESA HUMANIDAD, NARCOTRÁFICO EN COLOMBIA O EN EL EXTERIOR O SOBORNO TRANSACCIONAL.
- CONOZCO DE MIS DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LA LEY HABEAS DATA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES - LEY 1581 DE 2012
- COMULSANDER LTDA. ME HA INFORMADO DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN, A TRAVÉS DE LOS CUALES PUEDO ACCEDER PARA CONOCER LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LAS NORMAS ANTES CITADAS.

NOTA: LA INEXACTITUD EN LA INFORMACIÓN SERÁ MOTIVO PARA NEGAR ESTA SOLICITUD.

_____		_____	
FIRMA DEL SOLICITANTE	HUELLA	FIRMA DEL PRIMER CODEUDOR	HUELLA
_____			
FIRMA DEL SEGUNDO CODEUDOR	HUELLA		

6. ESPACIO RESERVADO PARA USO DE LA COOPERATIVA

CRÉDITO AUTORIZADO POR GERENCIA	COMITÉ DE CRÉDITO	CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	
FECHA DE ESTUDIO	APROBADO	APLAZADO	
ACTA DE ESTUDIO O APROBACIÓN	VALOR APROBADO \$		
LINEA DE CRÉDITO	PLAZO (Meses)	TASA DE INTERÉS	VALOR CUOTA \$
FORMA DE PAGO: NOMINA CAJA	GARANTÍA REAL	PERSONAL	

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN

FIRMA:

CONCEPTO DEL GERENTE:

FIRMA DE QUIENES AUTORIZAN EL CRÉDITO:

COMITÉ DE CRÉDITO

COMITÉ DE CRÉDITO

COMITÉ DE CRÉDITO

GERENTE

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo Grupo Deudores Protección Familiar
 Grupo Aportes Grupo Directivos Plan A B C



TOMADOR: COMULSANDER LTDA.		C.C./NIT: 890.205.214-1	
DIRECCIÓN: CALLE 36 No. 19-18 OFICINA 308		CIUDAD: BUCARAMANGA	TELÉFONO: 6701414
ASEGURADO PRINCIPAL		C.C.	ESTADO CIVIL
PESO (KG)	ESTATURA (Mts)	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?	OCUPACIÓN
FECHA DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO	VALOR ASEGURADO	

Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE

NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	%
NO DILIGENCIAR					

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

- | | |
|---|---|
| 1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> | 8. CIRUGÍA <input type="checkbox"/> |
| 2 AFECCIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/> | 9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> |
| 3 CANCER <input type="checkbox"/> | 10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/> |
| 4 DIABETES <input type="checkbox"/> | 11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/> |
| 5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/> | 12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/> |
| 6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/> | 13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/> |
| 7 EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA <input type="checkbox"/> | 14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/> |

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.
 En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las 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 y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si No

Nombre y firma de quien autoriza _____



Huella del índice derecho del asegurado



**COOPERATIVA MULTIACTIVA DE LA SALUD DE SANTADER
COMULSANDER LTDA.**

Nit. 890.205.214-1
comulsander2011@gmail.com

AUTORIZACIÓN

Ciudad _____ Fecha _____

Yo, _____ Identificado (a) con la

Cédula de Ciudadanía N°. _____ Expedida en: _____

Autorizo expresamente al pagador de _____ o la entidad donde
me encuentro laborando al momento de hacer efectivo el cobro de mi deuda, para que descuenta de mi nómina
de Salario, Pensión, Cuenta de cobro, Orden de prestación. Mensualmente () _____
cuotas iguales por valor de \$ _____ Valor en letras _____

más los intereses moratorios causados, por conceptos del Crédito otorgado y desembolsado.

FIRMA DEUDOR

C.C. _____ De. _____

Vo. Bo. PAGADOR INSTITUCIÓN

LEY 2300 DE 2023

Comulsander Ltda protege tu derecho a la intimidad por esto te agradecemos registrar los siguientes datos:

Nos gustaría conocer tu opinión

Elige el canal a través del cual deseas ser contactado para gestionar las alternativas de pago de tus productos financieros. Ingresas tus datos y permítenos seguirte brindando experiencias positivas.

Nombre completo del asociado y codeudor(es)

Tipo de documento de identificación y número de identificación

Fecha de expedición de la cédula (*Solo para Personas Naturales)

Número fijo o celular

Correo electrónico

¿Por cuál medio te gustaría que te contactáramos?

- Llamada fijo o celular y WhatsApp
- Llamada fijo o celular y correo electrónico
- Llamada fijo o celular y mensaje de texto
- Todos los anteriores

De acuerdo con la ley 2300 de 2023 te estaremos contactando de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 3:00 p.m.