

## Solicitud Única de Asociación/Vinculación-Persona Natural

Fecha de Solicitud		
DD	MM	AAAA

Identificación										
Nombre(s) y Apellido(s) completos				Fecha de Nacimiento		Género				
				DD	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Tipo Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		No.de Identificación		Lugar de Nacimiento		Lugar de Expedición		Fecha de Expedición		
								DD	MM	AAAA

Contacto						
Dirección Residencia		Barrio		Ciudad/Departamento		
Correo Electrónico/para envío de correspondencia			Teléfono Celular		Teléfono Residencia	

Ocupación				
Actividad por la cual obtiene sus recursos		Código CIU	Nombre de la Empresa o Negocio	Cargo que ocupa
Ciudad de la Empresa	Dirección de la Empresa			Teléfono de la Empresa

Información Económica					
Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Valor otros ingresos \$	Detalle de otros ingresos	Total Activos \$	Total Pasivos \$

Autorizo inscribir para Débito Automático ACH la siguiente Cuenta			
Información Débito Automático ACH Tipo de Cuenta: Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>		Banco	No. de Cuenta

PEP			
¿Desempeña un cargo Político? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Representa legalmente alguna Organización Internacional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿La Sociedad y/o los Medios de Comunicación lo reconocen como un Personaje Público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene algún vínculo con un PEP (Padres, hijos, cónyuge, abuelos, hermanos, suegros y cuñados). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Operaciones Internacionales						
¿Realiza Operaciones en Moneda Extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de transacciones? Importaciones <input type="checkbox"/> Exportac. <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Préstamos Moneda Extranj. <input type="checkbox"/> Pago de servicios <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>				
Nombre de la Entidad	Tipo de Producto	Identificación del Producto	Monto	Moneda	País	Ciudad

Contribución a Fondos					
Plan: 65 Años <input type="checkbox"/> 60 Años <input type="checkbox"/> 70 Años <input type="checkbox"/>	Valor Protección Muerte Natural, Accidental, Incapacidades Permanentes, Gastos Funerarios Asociado \$		Perseverancia \$	Valor Plan Especial \$	Incapacidad Temporal por día (a partir del día 11) \$

Señale la forma de vinculación a Coomeva como:										
Profesionales <input type="checkbox"/>	Tecnico/Tecnól. <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Egresado Recién Graduado <input type="checkbox"/>	Mayores de 60 años <input type="checkbox"/>	Familiar Asociado <input type="checkbox"/>	Familiar Asociado Fallecido <input type="checkbox"/>	Empleado NO Profesional del GECC <input type="checkbox"/>	Asesor Comercial <input type="checkbox"/>	Comerciante <input type="checkbox"/>	Aportes %

Autorizo la Apertura y activación de:		
Cuenta de Ahorros SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cupo Crédito SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Este o estos Productos, se asociarán a la Tarjeta Dual TAC Mastercard como medio de pago

**Seguro de Vida:** Los Asociados que cuenten con Cupos de Crédito deberán mantener un Seguro de Vida que ampare el riesgo de muerte o incapacidad permanente, por tanto, deberá acreditar ante COOMEVA la renovación anual periódica de la(s) póliza(s) en cada vencimiento. Si al vencimiento del plazo, EL ASOCIADO no remite la Póliza de Seguro de Vida o no cumple con el pago de la prima, COOMEVA podrá solicitar su inclusión en una póliza que ampare los riesgos mencionados y estará sujeto a la aceptación de la aseguradora. COOMEVA informará, por cualquier medio, las condiciones de inclusión en los seguros antes descritos y el valor de la prime del Seguro de Vida será incluido dentro del extracto de la Tarjeta de Crédito. Dicho rubro se causará independientemente del uso o no de la Tarjeta.

Información Complementaria							
Nivel Académico	Tecnólogo <input type="checkbox"/>	Doctorado <input type="checkbox"/>	Maestría <input type="checkbox"/>	Primaria <input type="checkbox"/>	Título		
Especialización <input type="checkbox"/>	Pregrado <input type="checkbox"/>	Bachiller <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>			
Nombre de la Institución		Fecha de Grado DD   MM   AAAA		Tipo de contrato si es Empleado Indefinido ____ Temporal ____ Contratista ____		No. de personas a cargo Adultos ____ Menores de edad ____	

Asociación Grupo Familiar		
Desea pertenecer a un Grupo Familiar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Identificación del Asociado Principal CC ____ CE ____ No. _____	Parentesco MD ____ PD ____ MA ____ PA ____ HO ____ HA ____ HE ____ HD ____ CY ____

## Necesidades y Expectativas

¿Cómo podemos ayudarte a cumplir tus sueños?

1	<b>Soluciones Financieras de Ahorro</b>	<b>A</b> Ahorro a Corto Plazo (PAP)	<b>B</b> Ahorro a largo Plazo (CDT)	<b>C</b> Ahorro para Vivienda (AFC)	<b>D</b> Cuenta Corriente				
2	<b>Soluciones Financieras de Crédito</b>	<b>A</b> Crédito Libre Inversión	<b>B</b> Crédito de Vivienda	<b>C</b> Crédito de Vehículo	<b>D</b> Crédito de Educación	<b>E</b> Tarjeta de Crédito	Otro; Cúal?	Si es Libre Inversión, cuál es el propósito?	
3	<b>Soluciones en Salud</b>	<b>A</b> Medicina Integral	<b>B</b> Atención Médica Domiciliaria (CEM)	<b>C</b> Salud Oral	Otro; Cúal?				
4	<b>Soluciones de Protección</b>	<b>A</b> Seguros Autos	<b>B</b> SOAT	<b>C</b> Hogar	<b>D</b> RC Médica	<b>E</b> Incremento Plan Básico	<b>F</b> Planes Adicionales	<b>¿Cuáles?</b> (Vida, Vida Clásica, Hospitalización, Tranquilidad, Recuperación, Excequial, Solvencia, Herencia, Educativo)	
5	<b>Solucion de Educación</b>	<b>A</b> Pregrado	<b>B</b> Postgrado	<b>C</b> Educación Continua	<b>D</b> Curso Cortos	Otro; Cúal?			
6	<b>Soluciones de Recreación y Turismo</b>	<b>A</b> Viajes	<b>B</b> Deportes	<b>C</b> Arte y Cultura	<b>D</b> Gastronomía	<b>E</b> Actividades en Familia	<b>F</b> Solidarias	<b>G</b> Vital	Otro; Cúal?
7	<b>Soluciones de Desarrollo Empresarial</b>	<b>A</b> Financiación	<b>B</b> Acompañamiento para emprender	<b>C</b> Acompañamiento en fortalecimiento empresarial	<b>D</b> Formación y Capacitación	Otro; Cúal?			

El **P.A.S.**, es prestado a través del Fondo Mutual de Solidaridad y reconoce amparos a los Asociados, una vez se autorice su ingreso y se cumpla con las condiciones y requisitos exigidos en el Reglamento respectivo (consúltelo en [www.cooomeva.com.co](http://www.cooomeva.com.co), condiciones generales, cubrimientos, exclusiones, periodos de carencia, etc).

## Declaración de Salud

Peso en Kg.	Estatura en cm.	Nombre de la EPS
<p>1. ¿Tiene, ha tenido, le han diagnosticado o ha sido intervenido por: <b>Enfermedades Cardiovasculares</b>: Hipertensión Arterial, Infarto de Miocardio, Arritmias, Colesterol ó Triglicéridos Altos (Tratados ó no con Medicamentos), <b>Enfermedades Neurológicas</b>: Derrames, Isquemias ó Trombosis Cerebral, Mareos ó Desmayos, Convulsiones, Parálisis; <b>Enfermedades de los Organos</b>: Ceguera ó Sordera Total y/o Parcial; <b>Enfermedades del Sistema Endocrino</b>: La Glándula Tiroides, Diabetes; <b>Enfermedades Respiratorias</b>: Enfisema Pulmonar, Bronquitis Crónica; <b>Enfermedades del Sistema Osteomuscular</b>: Artritis o Lesiones Musculares; <b>Enfermedades del Sistema Digestivo</b>: Gastritis, Ulcera, Hepatitis B ó C; Cirrosis; <b>Enfermedades del Sistema Circulatorio</b>: Várices, <b>Enfermedades Genitourinarias</b> (Ovarios, Utero, Próstata, Testículos, Deformidades Corporales, Tumores o Quistes); <b>Enfermedades</b>: Trastornos Psicológicos ó Psiquiátricos; Insuficiencia Renal, Cáncer, Leucemia; Lupus, Sida ó VIH Positivo u otras enfermedades no mencionadas anteriormente?</p>		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>2. ¿Ha tenido Enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico ó tiene programada una intervención quirúrgica en los proximos 6 meses?</p>		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>3. Si ha tenido embarazo, ha presentado complicaciones?</p>		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>4. Ha tenido Partos por Cesárea?</p>		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>En caso de que Usted, haya contestado positivamente alguna de las anteriores preguntas en los numerales 1, 2, 3, 4, por favor amplíe (Diagnóstico, Fecha de Diagnóstico, Secuela):</p>		
<p>5. Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Frecuencia ( Semanal, Ocasional o Diaria)? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Desde cuando? DD MM AAAA</p>		
<p>6. Consume bebidas embriagantes diariamente?</p>		
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Señor Asociado**; antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

Conforme a la anterior Declaración de Salud, manifiesto que no he sido sometido a tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas diferentes a las mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial.

Si por análisis del nivel de riesgo, en criterio de la Auditoria Médica, no se le permite acceder a los cubrimientos del Plan Básico de Ingreso, deberá tomar el Plan Básico Especial. La administración del Fondo Mutual de Solidaridad se reserva el derecho de admitir la vinculación del Asociado al Fondo ó de aceptar y/o limitar el valor de protección solicitado.

## Beneficiarios Solidaridad y Aportes

En caso de mi muerte designo como Beneficiario(s) de mis aportes y de los amparos a que tengo derecho por los Servicios Mutuales "P.A.S a las siguientes personas, en los porcentajes descritos a continuación:

No.	Identificación		Parentesco	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento			Género		%
	Tipo	Número						AAAA	MM	DD	F	M	
1													
2													
3													
4													

## Beneficiarios Auxilio Funerario

En caso de que los Beneficiario(s) de este Auxilio sean los mismos designados para Solidaridad, no es necesario el diligenciamiento de todos los campos relacionados. Sólo relacione el número del Beneficiario que está en la parte superior y si tiene otros Beneficiarios, diligencie los campos restantes.

Tipo	Identificación		Parentesco	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha Nacimiento			Género		Presentaje Discapacidad	
	Número							AAAA	MM	DD	F	M	SI	No
													SI	No
													SI	No
													SI	No
													SI	No

**Tenga en cuenta que:** Los Beneficiarios que se encuentren inscritos previamente por otro Asociado o sean Asociados, no quedarán cubiertos por Usted para este Auxilio. Los Asociados que carezcan de Familiares Directos estarán exentos de la contribución por este Auxilio, para estos casos el Asociado debe presentar comunicación escrita con su firma y huella. **Podrán ser Beneficiarios del Auxilio Funerario únicamente:** Padres, Conyuge o Compañero(a) permanente, hijos hasta los 30 años o sin límite de edad cuando éstos sean discapacitados.

Renuncia al Auxilio Funerario  
 SI  No

Familiares Directos			Estado		Datos del Asociado que tiene inscrito al Beneficiario(*)	
Parentesco	Documento de Identidad	Apellido(s) y Nombre(s) completo	Asoc.	Amparado por otro Asociado	Apellido(s) y Nombre(s) completo	Documento de Identidad

## Autorizaciones de Tratamiento de Datos GECC

En mi calidad de titular de la información (en adelante, el "Titular") consignada en el presente formulario de vinculación y con la suscripción del mismo de manera previa, expresa, informada, explícita y sin lugar a retribución alguna, autorizo a Banco Coomeva S.A., a Fiduciaria Coomeva S.A., a Coomeva Corredores de Seguros S.A. y a la Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA, (todas estas se denominarán en adelante, las "Empresas del GECC o individualmente la "Empresa del GECC") y a sus sucesores o cesionarios, como responsables del tratamiento de datos para que, directamente o a través de terceros quienes adquirirán la calidad de encargados, traten mi información personal, financiera, crediticia, comercial, sensible, privada, semiprivada, profesional, laboral, de aportes de seguridad social integral y parafiscales, contenida en medios físicos, electrónicos o digitales, en los siguientes términos:

### A. Finalidades. Con el fin de:

- (i) tramitar la vinculación del Titular a cualquiera de las Empresas del GECC, en calidad de asociado, cliente o usuario, según corresponda y transferir la totalidad de la información registrada en cualquier formulario de vinculación, de actualización de datos, y soportes, así como transferir los resultados de los análisis de SARLAFT efectuados por cualquier Empresa del GECC, con cualquiera de las Empresas del GECC, entidades aseguradoras y aliados comerciales del GECC;
- (ii) permitir el ofrecimiento y venta de servicios y productos derivados del objeto social de cada una de las Empresas del GECC, efectuar labores de mercadeo, realizar muestreos, encuestas e investigaciones comerciales y de servicio, de riesgos y de mercado, realizar pruebas, generar estadísticas, utilizar modelos matemáticos, identificar, recolectar y asociar información sobre intereses y hábitos de utilización de los productos o servicios y derivar conclusiones o determinar tendencias que podrán ser compartidas entre las Empresas del GECC acá definidas como responsables, permitiendo que la información del Titular se pueda o no anonimizar para los fines previstos en este numeral y cuyos resultados podrán ser utilizados por las Empresas del GECC para los fines previstos en la presente finalidad;
- (iii) comunicar, publicitar u ofrecer servicios de las empresas o entidades filiales, subsidiarias, vinculadas o partes relacionadas, actuales y futuras, de la Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia COOMEVA, para generar contacto comercial con el Titular y darle a conocer los beneficios de dichas empresas o entidades; cualquiera de las Empresas del GECC podrá transferir información personal del Titular para estos efectos;
- (iv) implementar programas de fidelización, acumulación y redención de puntos por los valores de compra y utilización de servicios o transacciones sobre productos de cualquiera de las Empresas del GECC acá definidas, permitiendo el uso de dichos datos comerciales, financieros o crediticios del Titular para procesos comerciales, de mercadeo, redención y acumulación de premios contenidos en los reglamentos y demás campañas promocionales;
- (v) manejar cualquier información personal, financiera, crediticia, comercial, sensible, privada y semiprivada del Titular en una o varias bases de datos para ser transmitida o transferida a cualquiera de las Empresas del GECC, hacer perfilamientos o segmentaciones a partir de la utilización de productos o servicios, incluyendo la georreferenciación o ubicación generada por cualquier dispositivo del Titular al momento de utilización de un canal virtual para propósitos de profundizar, optimizar y completar el portafolio de productos y servicios ofrecidos y tomados por el Titular en las Empresas del GECC;
- (vi) suministrar al Titular información comercial sobre los productos y servicios ofrecidos por las Empresas del GECC, así como recomendaciones de seguridad, y en general cualquier información que se considere necesaria y apropiada para la utilización de los productos o la prestación de los servicios;

- (vii) estudiar las solicitudes de crédito del Titular y en general las solicitudes para celebrar cualquier operación activa de crédito y evaluar el riesgo crediticio del Titular, su comportamiento comercial, hábitos de pago, información sobre el cumplimiento de obligaciones y deberes legales, la existencia de multas o sanciones impuestas por cualquier autoridad judicial o administrativa, y compartir los resultados de dichos análisis con cualquiera de las Empresas del GECC;
- (viii) realizar el análisis de riesgos integral del Titular, incluyendo el cumplimiento de la normativa sobre "conocimiento del cliente", prevención de fraudes, prevención de lavado de activos y la financiación del terrorismo, así como realizar informes de seguridad sobre las transacciones validando registros físicos, auditivos, electrónicos y filmicos con el propósito de elevar los niveles de eficiencia, evaluar y generar estadísticas para efectos de control y supervisión por las Empresas del GECC. En caso que sea requerido o en cumplimiento de los deberes legales y reporte a reguladores, organismos de autorregulación y autoridades competentes, el Titular autoriza compartir los resultados de dichos análisis y de los informes a cualquiera de las Empresas del GECC en desarrollo de las finalidades acá establecidas;
- (ix) cumplir con los deberes legales impuestos para cada una de las Empresas del GECC individualmente consideradas, así como los deberes legales que debe cumplir como Grupo Económico y como Conglomerado Financiero;
- (x) realizar gestiones de cobranza, bien sea directamente por alguna Empresa del GECC o a través de terceros autorizados por éstas, quienes actuarán como encargados, así como la localización e investigación de bienes del Titular;
- (xi) transmitir, transferir, enviar, procesar, almacenar o enviar a terceros proveedores de cualquier Empresa del GECC que presten servicios logísticos, administrativos, tecnológicos, de distribución, marketing, contact center, ubicados dentro o fuera del territorio nacional que actuarán como encargados del tratamiento
- (xii) transmitir o transferir a la empresa o entidad ubicada dentro o fuera del territorio nacional que a futuro adquiera o administre a cualquiera de las Empresas del GECC, o alguna unidad de negocio o de sus activos, total o parcialmente;
- (xiii) enriquecer cualquiera de las bases de datos de las Empresas del GECC utilizando datos de otras bases de estas mismas entidades, así como el cruce de información reportada y existente en las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, de los operadores de información financiera, comercial, de seguridad social integral y parafiscales, de empresas de servicios públicos o telefonía móvil, y de terceros que tengan autorización para el efecto; y
- (xiv) establecer, mantener, cumplir o terminar la relación contractual entre el Titular y cualquier Empresa del GECC y permitir que la información del Titular sea utilizada como medio de prueba.

Para el cumplimiento de las finalidades anteriores, el Titular autoriza que se le contacte por cualquier medio o canal establecido por las Empresas del GECC, incluyendo la utilización de teléfono (fijo y móvil), correos electrónicos, servicio de mensajes simples (SMS) o de mensajería multimedia (MMS) vía dispositivos móviles, aplicaciones (APP's) de mensajería telefónica móvil, redes sociales y otros medios electrónicos equivalentes que garantizan el contacto privado con el Titular.

**B. Operaciones de tratamiento autorizadas.** De acuerdo con las finalidades anteriores, el Titular autoriza a las Empresas del GECC definidas en el presente documento, individualmente o en conjunto a: consultar, obtener, solicitar, recolectar, recopilar, conocer, revisar, acceder, reportar, divulgar, suministrar, intercambiar, compartir, emplear, informar, utilizar, tratar, usar, transferir, transmitir, enviar, ceder, circular, analizar, clasificar, catalogar, ordenar, verificar, evaluar, almacenar, procesar, actualizar, eliminar, grabar, conservar, modificar, aclarar, retirar, suprimir y rectificar, cualquier dato de información personal, financiera, crediticia, comercial, privada, semiprivada, profesional, laboral y de aportes de seguridad social integral, que exista del Titular, en cualquier base de datos de cualquiera de las Empresas del GECC definidas en este documento, o en cualquier banco o base de datos administrado por cualquier operador o central de información financiera, crediticia, comercial, de seguridad social integral o parafiscales, o que el Titular haya suministrado o entregado en formularios, anexos o soportes a cualquier Empresa del GECC en cualquier momento, o que la información existente se produzca derivado del desarrollo o ejecución de la relación del Titular con cualquier Empresa del GECC, incluyendo cualquier información como el manejo, estado, pagos, saldos, transacciones, consignaciones, retiros, y vencimientos, de las operaciones activas y pasivas de naturaleza bancaria, de fideicomisos, fondos de inversión colectiva, fondos de pensiones voluntarias y contratos de seguros tanto de vida como generales.

**C. Tratamiento de Datos Sensibles:** El tratamiento de los datos sensibles del Titular tendrán las mismas finalidades expresadas en el literal A y se implementarán las mismas operaciones de tratamiento autorizadas que aquellas contenidas en el literal B del presente documento. Adicionalmente el Titular declara conocer, además del carácter facultativo de las respuestas a las preguntas que le sean hechas por cualquier Empresa del GECC cuando estas versen sobre datos sensibles, lo siguiente:

- (i) las huellas dactilares, la geometría de la mano, el escáner facial, la captura de iris, los rasgos faciales, el patrón de voz, fotografías o cualquier otro dato de tipo biométrico que la tecnología presente o futura permitiera capturar y tratar, tienen el carácter de datos sensibles según la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, razón por la cual el Titular no está obligado a autorizar su tratamiento;
- (ii) al consentir el tratamiento de los datos sensibles, lo hace teniendo en cuenta que el mismo es necesario para efectos de identificación ante las Empresas del GECC, para prevenir el riesgo de fraudes y suplantaciones, para firmar documentos, contratos y títulos valores de forma digital o electrónica, así como también para el acceso a productos y servicios basados en nuevas tecnologías ofrecidos por las Empresas del GECC;
- (iii) al Titular le asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012, en el Decreto 1377 de 2013 y en las demás normas que los complementen, modifiquen o sustituyan;
- (iv) podrá revocar la autorización aquí contenida siempre y cuando no exista el deber legal o contractual de mantener los datos en bases de las Empresas del GECC;

**D. Declaraciones:** Con la suscripción del presente formulario de vinculación / actualización de datos el Titular declara que la información suministrada es veraz, completa y exacta, y con el fin de permitir el cumplimiento dentro del proceso de "conocimiento del cliente" se obliga a suministrar y actualizar todos los datos por lo menos una vez al año aportando los documentos exigidos por la Empresa del GECC correspondiente. En el evento de incumplir con lo aquí establecido el Titular autoriza a las Empresas del GECC a rechazar el otorgamiento de nuevos productos y bloquear los productos existentes hasta tanto confirme la información proporcionada en el presente formulario.

El Titular comprende que en su calidad de dueño de su propia información personal, le asisten los derechos contenidos en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, que incluyen: conocer, actualizar y rectificar sus datos personales frente a los Responsables del tratamiento y solicitar prueba de la autorización otorgada al Responsable, entre otros. El Titular Conoce que la actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre datos personales, podrá realizarse en cualquier oficina del país o a través de las páginas de internet de la entidad correspondiente conforme se señala al final del presente texto. Cuando se recolecten datos personales de niños, niñas y adolescentes tendrán el tratamiento dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1581 de 2012 y el artículo 12 del Decreto 1377 de 2013.

Las autorizaciones anteriores estarán vigentes mientras el Titular tenga un producto o servicio vigente con cualquier Empresa del GECC y por el tiempo adicional que exija la normativa aplicable de carácter general o especial, o por la ocurrencia de la prescripción o por la revocación de la autorización por parte del Titular en los casos en que estén permitidos por Ley. La política de tratamiento de datos personales, el aviso de privacidad y la identificación, direcciones física y electrónica y teléfono de cada uno de los responsables del tratamiento, podrán ser conocidas en los siguientes portales web: [www.cooomeva.com.co](http://www.cooomeva.com.co), [www.bancoomeva.com.co](http://www.bancoomeva.com.co), [www.fiducioomeva.com](http://www.fiducioomeva.com) y [www.corredoresdeseguros.cooomeva.com.co](http://www.corredoresdeseguros.cooomeva.com.co).

**Pérdida o suspensión de Beneficios:** En mi calidad de asociado a Coomeva entiendo y acepto que los beneficios, descuentos, tarifas o tasas preferenciales recibidos por los servicios (tales como, protección, financieros, soluciones de inversión, medicina prepagada, educación, desarrollo empresarial, recreación y turismo, servicios cooperativos, vida en plenitud, vivienda Coomeva) ofrecidos por Coomeva de manera directa o indirecta a través de las Empresas del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva, podrán ser retirados por mi desvinculación a la Cooperativa o suspendidos cuando ingrese a la categoría de Inactivo (tal y como dicha categoría se define en el Estatuto Social), o en general, cuando quiera que sea aplicable dicha medida de acuerdo con los estatutos y normas internas que rigen el vínculo del Asociado con Coomeva. De la misma manera, declaro que entiendo y acepto que los beneficios recibidos podrán ser modificados por los Estatutos y demás reglamentación que expida la Cooperativa y serán aplicables desde que inicie su vigencia, de acuerdo con la aprobación emitida por parte de los órganos correspondientes.

### Otras Autorizaciones

**1) Cargar otros conceptos y Débito Automático:** Cargar a mi Estado de Cuenta cualquier gasto o comisión generada por los productos que llegare a adquirir, debitar de cualquier depósito a mi favor (individual, alterna o conjunta) en Bancoomeva S.A. los saldos exigibles a mi cargo por las obligaciones pendientes con las Empresas del GECC o compensarlos contra cualquier otro derecho de crédito a mi favor en cualquiera de sus Empresas,

**2) Consultas y Reportes:** Que en virtud de las relaciones jurídicas con las Empresas del GECC o quien en el futuro sea acreedor, cesionario o contraparte, pueda:

a) Consultar en las Centrales de Riesgo toda la información comercial, crediticia, hábitos de pago y en general mi desempeño como deudor. b) Reportar a las Centrales de riesgo datos, tratados o sin tratar, tanto sobre el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias o de mis deberes de contenido patrimonial. c) Suministrar a las Centrales de Riesgo datos relativos a mis solicitudes de crédito, relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que haya entregado o que consten en bases de datos. La autorización anterior permite a Coomeva y a las Empresas del GECC y a las Centrales de Riesgo divulgar la información mencionada para fines de: evaluar los riesgos de concederme un crédito, verificar el cumplimiento de mis deberes contractuales y legales y elaborar estadísticas y derivar, mediante modelos matemáticos, conclusiones de ellas.

**3) Historia clínica:** Autorizo a Coomeva para que solicite, reciba y consulte mi historia clínica completa (Resumen, últimas evoluciones, epícrisis) de quienes la posean, esto es, de cualquier Persona Natural o Jurídica profesional de la salud o Entidad Pública o Privada. Dicha autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.

### Otras Declaraciones

**1) Estatutos y Reglamentos:** Acepto voluntariamente cumplir los estatutos y reglamentos de Coomeva, **2) Origen de fondos:** Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en la Circular Externa 007 de 1996 (Superfinanciera), Circular Básica Jurídica 007 de 2008 (Supersolidaria), Decreto 663 de 1993 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero), Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales concordantes, de manera voluntaria doy certeza a las Empresas del GECC de la siguiente información:

a) Los recursos que manejo provienen de las siguientes fuentes: (detalle de la ocupación, profesión, actividad, negocio, etc.)

\_\_\_\_\_

b) Los recursos que manejo en depósito no son estables y provienen de las siguientes fuentes (detalle de la ocupación, actividad, negocio, etc.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Por lo anterior no estoy obligado a presentar ninguno de estos documentos: Certificado de ingresos y retenciones, declaración de renta, ni estados financieros certificados o dictaminados. (Únicamente para personas que no cuenten con fuentes de ingresos estables).

c) Declaro que los recursos que manejo no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

d) No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones relacionadas con tales actividades ilícitas o a favor de personas relacionadas con las mismas.

e) Autorizo cancelar las cuentas y depósitos que mantenga en Bancoomeva, en caso de infracción de cualquiera de los numerales de este documento, así como por la información errónea, falsa, o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, e igualmente por no actualizar anualmente la información que aquí he consignado o me sea solicitada.

Dejo constancia que el Promotor \_\_\_\_\_, de Coomeva, mediante charla personalizada, me ha hecho conocedor de los productos y servicios que ofrecen Coomeva y las Empresas del GECC y mi obligación de leer el Estatuto Social de Coomeva y el Reglamento de los servicios del Fondo Mutual de Solidaridad P.A.S. los cuáles me comprometo a consultar en [www.cooomeva.com.co](http://www.cooomeva.com.co)

Igualmente me comprometo a realizar la inducción cooperativa en forma Presencial \_\_\_\_\_ o Virtual \_\_\_\_\_

Nota: La actualización, rectificación, cancelación y oposición sobre Datos Personales, podrá realizarse en cualquier Oficina del país o a través del portal web: [www.cooomeva.com.co](http://www.cooomeva.com.co) opción contactenos)

Oficina que vincula: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante



Huella

Tipo de Canal:

Apellido(s) y Nombre(s) del Referente

No. Cédula del Referente

### Entrevista al Cliente

Con firma certifico haber realizado la entrevista Presencial con el Cliente, confirmando los datos con el Cliente el día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_.

Observaciones y Recomendaciones: \_\_\_\_\_

Cargo de quién efectuó la entrevista: \_\_\_\_\_ No. de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de quién efectuó la entrevista: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

## Definiciones Conceptos Estatutarios\*

### 1. APORTES:

Es el Capital Social de la Cooperativa. Gracias a sus Aportes el Asociado contribuye al crecimiento de la misma y así accede a todos los beneficios que ésta le brinda. Todo Asociado deberá hacer aportes sociales mensuales. El 100% de los Aportes se retoman al momento de su desvinculación. De conformidad con el Estatuto Social y la normatividad aplicable, los Aportes Sociales de quienes perdieren la calidad de Asociados y no hayan sido reclamados dentro de los 3 años siguientes a la fecha de desvinculación, prescriban a favor de la Cooperativa y serán trasladados al Fondo Social de Vivienda creado por la Asamblea General de Delegados.

### 2. FONDO MUTUAL PARA RECREACIÓN Y CULTURA:

Permite al Asociado y su Núcleo Familiar Primario, acceder a beneficios representados en descuentos y/o servicios adicionales, relacionados con recreación, cultura, deporte o turismo no convencional que contribuyen al fortalecimiento del tejido familiar. Corresponde al 1.27 de un SMMLV. Estos recursos son de carácter agotable, no se reintegran al Asociado al momento de su desvinculación a la Cooperativa.

### 3. FONDO DE CALAMIDAD:

Tiene como propósito proveer de recursos económicos al Asociado de forma tal que le permita atender, dentro de las posibilidades económicas del Fondo, las situaciones de calamidad o circunstancias imprevistas que afecten el patrimonio de los Asociados y su Grupo Familiar Primario (padres, cónyuge o compañero(a) permanente e hijos que dependan económicamente del Asociado). Antigüedad de vinculación en el servicio no inferior a seis(6) meses. Estos recursos son de carácter agotable, no se reintegran al Asociado en el momento de su desvinculación. El valor de la contribución para el Fondo Social de Calamidad es aprobado por la Asamblea General de Delegados.

### 4. FONDO MUTUAL DE AUXILIO FUNERARIO:

Reconocerá la prestación del Servicio Exequial por medio de las Entidades que tienen convenio con Coomeva a nivel nacional, el servicio tiene cobertura de 5 SMMLV por cada evento de fallecimiento sus familiares directos inscritos (Madre, Padre, Esposo(a) o compañero(a) permanente) menores de 70 años, hijos menores de 30 años o sin límite de edad, cuando estos sean discapacitados). En caso de que el Servicio costara un menor valor, se pagarán los excedentes en dinero al Asociado. Este amparo también podrá ser solicitado en dinero. Los aportes realizados por este concepto no generan devolución al momento de su desvinculación.

### 5. FONDO MUTUAL DE SOLIDARIDAD:

Como Asociado a Coomeva cuenta con el respaldo del Plan Básico de Protección, el cual le ampara ante diferentes eventualidades mientras construye un capital para su futuro como complemento a su pensión que podrá recibir a los 60, 65 o 70 años de edad según el Plan elegido. Éste podrá ser solicitado hasta por un valor máximo de \$ 343.896.024. Además cuenta con Amparo en los siguientes eventos:

## Detalle de Amparos del Fondo Mutual de Solidaridad

#### Amparo por Muerte Natural o Accidental:

Se entregará un Amparo Económico a los Beneficiarios que el Asociado haya designado. En caso de Muerte Accidental se reconocerá el doble del valor que corresponde a Muerte Natural siempre y cuando el Asociado tenga una permanencia mínima en el Fondo Mutual de Solidaridad de 3 años. Este podrá ser solicitado hasta por un valor máximo de \$ 343.896.024 de acuerdo con el tipo de Vinculación. Los aportes de este concepto generan Valor de Rescate (Devolución), siempre y cuando el Asociado haya realizado como mínimo 24 contribuciones y se calcula mediante una reserva matemática, con corte al mes de retiro.

#### Amparo por Gran Invalidez:

Recibirá un Amparo Económico dependiendo de la Protección alcanzada al momento del Evento Incapacitante en caso de perder el 50% o más de la capacidad laboral.

#### Amparo por Incapacidad Permanente Parcial:

Recibirá un Amparo Económico equivalente al porcentaje de pérdida de capacidad laboral al momento del evento incapacitante. La pérdida de capacidad laboral deberá ser superior al 10% e inferior al 50%.

#### Amparo por Perseverancia

Durante su permanencia en el Fondo de Solidaridad, usted construirá un capital que le será entregado a los 60, 65 o 70 años de edad, que le servirá como complemento a su pensión. Éste podrá ser solicitado por un valor máximo de \$ 343.896.024 de acuerdo con el Tipo de Vinculación. Las contribuciones por este concepto generan valor de rescate (devolución), siempre y cuando el Asociado haya realizado como mínimo 24 contribuciones y se calcula teniendo en cuenta los valores pagados por el Asociado a este Amparo.

#### Amparo por Incapacidad Temporal:

Recibirá una Renta Diaria de libre destino. Esta Renta se reconoce a partir del día 11 de Incapacidad y hasta 180 días continuos o discontinuos ocasionados por un mismo evento. Para la reclamación de este Amparo se debe presentar la solicitud dentro de los 30 días calendario a la fecha del evento. El valor diario mínimo a elegir puede ser del 0,01% del valor Protección del Amparo por Muerte; el valor diario máximo a elegir puede ser del 2% del valor de Protección del Amparo por Muerte sin que se supere un salario mínimo mensual vigente. Las contribuciones realizadas por este concepto no generan devolución al momento de su desvinculación.

#### Gastos por Muerte del Asociado:

La prestación del Servicio Exequial, se reconocerá por medio de las Entidades que tienen convenio con Coomeva a Nivel Nacional, el servicio tiene cobertura de 9 SMMLV. En caso de que el valor del servicio sea inferior al cubierto por Coomeva, se pagarán los excedentes en dinero a los Beneficiarios Inscritos. Este Amparo también podrá ser solicitado en dinero. Los aportes realizados por este concepto no generan devolución al momento de su desvinculación.

## Detalle de Amparos del Fondo Mutual de Solidaridad

### Amparo por Desempleo, Disminución del Ingreso y Rentas por Enfermedades Graves:

Otorga al Asociado un apoyo económico en caso de pérdida del empleo (Trabajador Dependiente) o disminución de ingresos (Trabajador Independiente), siempre y cuando hayan transcurrido 24 meses de antigüedad en el Fondo y haya pagado mínimo 24 contribuciones a este Amparo.

Se otorgará un apoyo económico por enfermedades graves hasta por 10 rentas mensuales cuando al Asociado le sea diagnosticada, cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, infarto agudo al miocardio, cirugía de By-pass coronario, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia renal crónica.

**Cobertura: Desempleo o Disminución de Ingresos:** Hasta 5 rentas mensuales \$ 745.885 dependiendo de la antigüedad en el Fondo de Solidaridad.

**Enfermedades Graves:** Hasta 10 rentas mensuales de \$ 745.885. Las contribuciones realizadas por este concepto no generan devolución al momento de su desvinculación.

### Servicio de Segunda Opinión Médica:

El Asociado y/o sus Familiares Directos podrán solicitar Segunda Opinión Médica con Médico Especialista ubicado en el extranjero en relación con un tratamiento médico o quirúrgico definido por el Médico Tratante, cuando se trate de una enfermedad de pronóstico fatal, incurable o que comprometa gravemente su calidad de vida. Las contribuciones realizadas por este concepto no generan devolución al momento de su desvinculación.

### Servicio de Asistencia Jurídica:

Es la consulta jurídica que podrá realizar el Asociado y/o sus Familiares Directos con el fin de obtener Asesoría Especializada por parte de Abogados de las diferentes áreas del derecho, este servicio se extiende para el Asociado, sus hijos y su conyuge. Las contribuciones realizadas por este concepto no generan devolución al momento de su desvinculación.

### Servicio de Asistencia Pensional:

Es la consulta que podrá realizar el Asociado y/o sus Familiares Directos inscritos con el fin de obtener orientación general frente a su realidad pensional, brindada a través de Profesionales Especializados, este servicio solo cubre al Asociado.

### Auxilio Económico para Medicamentos:

Auxilio económico de reembolso de medicamentos para los Asociados vinculados al Fondo Mutual de Solidaridad y sus Beneficiarios Inscritos y Activos en Auxilio Funerario: hasta \$400.000 para cubrir el reembolso de los medicamentos que hayan sido prescritos en caso de hospitalización, incluyendo Hospitalización en casa.

Hasta \$150.000 para cubrir el reembolso de los medicamentos ambulatorios que hayan sido prescritos en caso de tener una Urgencia Médica, incluye los medicamentos prescritos por cualquier servicio de Emergencia Médica Domiciliaria.

Se cubre también el copago que se deba pagar por la Atención Médica.

## Plan Básico Especial Fondo Mutual de Solidaridad

Es aquel que toman del Plan Básico de Protección. Otorga cubrimiento económico por la ocurrencia de los siguientes eventos:

**Perseverancia:** a los 65 o 70 años de edad. Muerte Accidental, Gastos Funerarios por muerte del Asociado, Amparo por Desempleo o Disminución del Ingreso, Servicio de Segunda Opinión Médica, Servicio de Asistencia Jurídica y Pensional y Auxilio Económico para Medicamentos.

**Pérdida o Suspensión de Beneficios:** Los Beneficios ofrecidos por Coomeva de manera directa o indirecta a través de las Empresas del Grupo Empresarial Coomeva Cooperativa Coomeva (Tarifas y tasas preferenciales, descuentos, etc) pierde con el retiro de la Cooperativa. Tratándose de Asociados en la categoría inactivos, tendrá suspendidos, todos los beneficios por el tiempo que dure la inactividad.

\* Cada año se presentarán incrementos en los conceptos estatutarios de acuerdo con la reglamentación definida por Coomeva.

Firma del Solicitante

Huella



## Pagaré Cupo Global de Crédito

No.

Yo (Nosotros),

1.	Con C.C./NIT./C.E.
2.	Con C.C./NIT./C.E.
3.	Con C.C./NIT./C.E.
4.	Con C.C./NIT./C.E.
5.	Con C.C./NIT./C.E.

Manifiesto (amos): **Primero.- Derecho Incorporado:** Que prometo (prometemos) pagar a la orden de Bancoomeva S.A. con Nit.900.406.150-5 (en adelante Bancoomeva) en su(s) Oficina(s) ubicada(s) en la ciudad de [1] \_\_\_\_\_, el día [2] \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, la suma de [3] \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ que reconozco(emos) adeudarle solidaria e incondicionalmente. Esta suma corresponde a las obligaciones que a continuación se relacionan:

Tipo de Producto					
No. de Obligación					
Capital	\$	\$	\$	\$	\$
Intereses de Plazo	\$	\$	\$	\$	\$
Intereses de Mora	\$	\$	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$	\$

**Segundo.- Intereses Corrientes:** Que reconoceré(emos) intereses remuneratorios a la tasa vigente al momento de efectuar cada utilización de las disponibilidades monetarias generadas a mi(nuestro) favor, sea que dichas utilizaciones hayan sido efectuadas mediante la disposición de mi(s) Tarjeta(s) de Crédito (Visa y Mastercard), Cupoactivo, COE, Cupo de Tesorería, Cupo de Sobreiro y, en fin, se trate de utilizaciones efectuadas en desarrollo del(los) Contrato(s) de apertura de crédito en la modalidad de Crédito Simple o Rotatorio celebrado(s) con **Bancoomeva**, y que consten en los libros, registros y comprobantes de contabilidad del Banco. Estos intereses se liquidarán mensualmente sobre los saldos insolutos de capital. Salvo eventos de campaña o convenios especiales, la tasa de interés remuneratoria se liquidará con base en la DTF vigente en el momento de cada utilización, adicionada en los puntos establecidos en la síntesis de crédito del Banco. La DTF se liquidará con base en la certificación expedida por el Banco de la República. Las condiciones financieras de las utilizaciones se mantendrán vigentes durante todo el plazo determinado por el otorgante y autorizado por el Banco, salvo modificación de las condiciones iniciales por convenio entre las partes. **Tercero.- Intereses de Mora:** En caso de mora, pagaré(emos) intereses liquidados a la tasa más alta permitida por la ley y certificada por la mantendrán vigentes durante todo el plazo determinado por el otorgante y autorizado por el Banco, salvo modificación de las condiciones iniciales por convenio entre las partes. **Tercero.- Intereses de Mora:** En caso de mora, pagaré(emos) intereses liquidados a la tasa más alta permitida por la ley y certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Los intereses de mora se causaran desde la exigibilidad de la cuota vencida hasta la fecha en que se verifique el pago. El hecho de que el tenedor legítimo de éste Pagaré reciba pagos o abonos parciales no implica condonación de la mora, ni extinción del plazo, ni que renuncie a cobrar la totalidad de lo adeudado. **Cuarto.- Instrucciones de Diligenciamiento:** De conformidad con lo establecido en el artículo 622 del Código de Comercio, he(emos) otorgado el presente Pagaré con espacios en blanco, los cuales podrán ser diligenciados conforme a las siguientes instrucciones: **[1]** El espacio relativo a la ciudad donde debe efectuarse el pago corresponderá a la ciudad donde se encuentre ubicada la Oficina en la cual me(nos) fue otorgado el(los) cupos de crédito, **[2]** el espacio relativo a la fecha de vencimiento se diligenciará con el de la fecha en que se llenen los espacios en blanco por ejercicio de la cláusula aceleratoria contenida en este Pagaré, **[3]** el espacio correspondiente a la suma incorporada se diligenciará con el valor de las sumas de dinero que adeude(emos) a **Bancoomeva** teniendo en cuenta que en el presente instrumento se incorporarán todas las obligaciones existentes con **Bancoomeva**, incluyéndose en dicho importe no solo el capital sino también los intereses remuneratorios, intereses moratorios, intereses capitalizados derivados de las utilizaciones monetarias efectuadas con cargo al (los) cupo(s) de crédito, liquidados de conformidad con lo previsto en la cláusula segunda de este Pagaré. Cuando las utilizaciones se produzcan en moneda extranjera, **Bancoomeva** queda autorizado para liquidarla y expresarla en pesos colombianos al tipo de cambio vigente para dichas divisas el día en que se celebró la operación o la que defina la franquicia de tarjetas. En dicho valor también se incluirá la sumatoria de los conceptos de índole no financiera que se hayan causado a mi cargo tales como: la emisión de la tarjeta, impuestos generados por el otorgamiento y uso de la tarjeta, comisiones o cuotas de administración, primas de seguros, honorarios por cobranza, y en general, cualquier gasto o cuenta por cobrar que se cargue a mi Estado de Cuenta y que tenga causación directa o indirecta por el uso y manejo del (los) cupo(s) de crédito o los instrumentos de pago dispuestos por el Banco para la disposición del (los) cupo(s), o cualquier otro concepto que figure a mi(nuestro) cargo al momento de diligenciar los espacios en blanco de este Pagaré, pues el incumplimiento de tan solo una obligación conlleva la aceleración de la fecha de vencimiento de todas las obligaciones originadas en la celebración de Contratos de Apertura de Crédito, **[4]** la ciudad y fecha de otorgamiento del Pagaré corresponderá a la ciudad y la fecha en que me(nos) fue autorizado el cupo de crédito, y si fueren varios, será la fecha en que fue aprobación, activación o desembolso del primero de ellos. El Pagaré así diligenciado será exigible de manera inmediata y prestará mérito ejecutivo sin necesidad de requerimiento alguno. **Quinto.- Aceleración del Plazo:** **Bancoomeva** podrá declarar extinguido el plazo pactado y acelerar o exigir anticipadamente el derecho incorporado en este instrumento, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno y, por tanto, diligenciar los espacios en blanco de este Pagaré y exigir a partir de ese momento su pago total, cuando se cumpla alguna de las siguientes causales: **(i)** Por mora en el pago de cualquier suma de dinero que conjunta o separadamente le debiera (debiéramos) al Banco por concepto de capital, intereses capitalizados, corrientes y/o moratorios, primas de seguro, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza judicial o extrajudicial o de cualquier otro derivado de la celebración de operaciones de apertura de crédito bajo cualquiera de las líneas o modalidades establecidas por **Bancoomeva**. **(ii)** Cuando a juicio de **Bancoomeva** las garantías constituidas para respaldar la operación activa de crédito de que se trate, no mantengan los niveles de cobertura adecuados o sufran deterioro o sean perseguidas por otros Acreedores. **(iii)** Cuando haya inexactitud o falsedad en los documentos presentados a **Bancoomeva** para obtener la aprobación y/o desembolso del respectivo cupo crédito. **(iv)** Cuando la información Comercial y Financiera, actualizada que posea **Bancoomeva** y/o la información proveniente de las Centrales de Riesgo y/o el servicio de la deuda permitan establecer que se ha alterado o mermado sustancialmente la solvencia y capacidad de pago de los Deudores que a juicio de **Bancoomeva** ponga en peligro el pago de las obligaciones a cargo de

los Deudores y/o sus Garantes y/o sus Avalistas. **(v)** Cuando incurra(amos) en el pago de cualquier otro crédito otorgado por **Bancoomeva** a mi(nosotros) individual, conjunta o separadamente. **(vi)** Cuando se persiga en juicio ejecutivo o fiscal por parte de un tercero las garantías otorgadas para respaldar las obligaciones a favor de **Bancoomeva**, o bién cuando este último sea citado al proceso para hacer valer sus garantías. **(vii)** Cuando no se registre a satisfacción del Banco el correspondiente contrato de garantía que me(nos) fuere requerido para caucionar la(s) obligación(es) dentro de los treinta (30) días siguientes al otorgamiento de este Pagaré. **(viii)** Cuando incumpla la obligación de entregar al Banco los certificados de las pólizas y sus renovaciones que me(nos) fuesen requerido para amparar el crédito, la vida o las garantías. **(ix)** Cuando no de(amos) al crédito la destinación para la cual me(nos) fué conferido. **(x)** Cuando incurra(amos) en otra causal establecida en la ley, sus normas reglamentarias o disposiciones de autoridad competente para exigir el pago de la obligación contenida en este Pagaré. **Parágrafo: Restitución del Plazo:** De conformidad con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 45 de 1990, **Bancoomeva** podrá restituir el plazo de la obligación a mi(nuestros) cargo, en cuyo caso los intereses de mora se liquidarán sobre las cuotas periódicas vencidas aun cuando éstas comprendan solamente intereses, evento en el cual me(nos) obligo(amos) a suscribir un nuevo pagaré, en el entendido de que ni la restitución de plazo, ni la suscripción del nuevo Pagaré, conllevan a la extinción de las garantías constituidas, las cuales se mantendrán vigentes en respaldo de las obligaciones existentes y de las contenidas en los nuevos documentos de deuda. **Sexto.- Autorizaciones:** Con la suscripción del presente título valor autorizo(amos) **(i)** para debitar y compensar de cualquier depósito a mi(nuestro) favor, ya sea en forma individual, conjunta o alternativa, que tenga(amos) o llegara(amos) a tener en **Bancoomeva**, los saldos exigibles a mi(nuestro) cargo y a favor de **Bancoomeva**, por virtud de las obligaciones que asumo(imos) mediante este Pagaré y cualquier otra a favor de la Entidad, o para compensarlos contra cualquier otro derecho de crédito a mi(nuestro) favor, **(ii)** consultar, reportar y procesar mi(nuestro) comportamiento crediticio, financiero o comercial ante las Centrales de Información Financiera legalmente constituidas, ya sea nacionales o extranjeras, así como ante cualquier entidad que administre o maneje bases de datos. En general, la presente autorización comprende la facultad para realizar cualquier tratamiento lícito de mis datos personales, comerciales y financieros, incluyendo la facultad para compartir información con las Empresas filiales o vinculadas de **Bancoomeva** o del tenedor legítimo de éste Pagaré, **(iii)** incrementar la tasa de interés cuando: **a)** ésta se haya establecido en consideración a mi(nuestro) carácter de Asociado de la **Cooperativa Médica del Valle y de Profesionales de Colombia 'Cooomeva'** y me desvinculare, fuere excluido de tal Institución o me encuentre en estado "inactivo" con dicha Entidad **b)** por el hecho de haber tomado a través de **Cooomeva o Bancoomeva** un seguro de desempleo o incapacidad total temporal, de vehículo, de vida, de hogar, o cualquier otro tipo de aseguramiento, y lo cancelare en cualquier momento luego del desembolso del crédito, **c)** incumpla las reciprocidades que hubiese pactado con el **Banco** y que motivaron el otorgamiento del (los) crédito(s) a una tasa especial. **Parágrafo.- Incremento:** Cuando incurra(amos) en alguna de las causales aquí establecidas, autorizo que la tasa de interés se incremente a la tasa oficial que esté ofreciendo el **Banco** para las líneas de crédito a mi cargo al momento de producirse el incremento.

En constancia otorgo(amos) el presente Pagaré en la ciudad de [4] \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma Otorgante: \_\_\_\_\_  
 Apellidos(s) y Nombre(s) : \_\_\_\_\_  
 No. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Calidad en la que firma: Nombre propio  Representante Legal  Apoderado



Huella Dactilar

Firma Otorgante: \_\_\_\_\_  
 Apellidos(s) y Nombre(s) : \_\_\_\_\_  
 No. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Calidad en la que firma: Nombre propio  Representante Legal  Apoderado



Huella Dactilar

Firma Otorgante: \_\_\_\_\_  
 Apellidos(s) y Nombre(s) : \_\_\_\_\_  
 No. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Calidad en la que firma: Nombre propio  Representante Legal  Apoderado



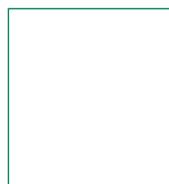
Huella Dactilar

Firma Otorgante: \_\_\_\_\_  
 Apellidos(s) y Nombre(s) : \_\_\_\_\_  
 No. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Calidad en la que firma: Nombre propio  Representante Legal  Apoderado



Huella Dactilar

Firma Otorgante: \_\_\_\_\_  
 Apellidos(s) y Nombre(s) : \_\_\_\_\_  
 No. Identificación: \_\_\_\_\_  
 Calidad en la que firma: Nombre propio  Representante Legal  Apoderado



Huella Dactilar