

AUTORIZACIÓN COMPLEMENTARIA CON FINALIDADES COMERCIALES

Manifiesto que he sido informado que si no otorgo una o todas las autorizaciones que se describen a continuación, ello no incidirá en el otorgamiento del producto o servicio financiero que estoy adquiriendo.

1. Como titular de mi información personal, de manera previa, expresa y revocable, bajo el entendido que el Banco conservará la confidencialidad y la debida reserva bancaria, lo autorizo para:

a. Contactarme mediante visita, llamada telefónica, mensaje de texto, mensaje de datos, correo electrónico, cualquier red social de integración o mensajería instantánea y/o otra mensajería ajustada a la Ley 527/99, para el otorgamiento de cualquier producto o servicio del Banco Mundo Mujer. SI ☐ NO ☐

2. Como titular de mi información personal, de manera previa, expresa y revocable, bajo el entendido que el Banco conservará la confidencialidad y la debida reserva bancaria, lo autorizo para compartir mis datos personales con los siguientes tipos de empresas con las cuales el Banco tiene relaciones comerciales o contractuales con sus respectivas finalidades:

a. Encuestadoras. Para hacer estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses: SI ☐ NO ☐

b. Aseguradoras. Para que me ofrezcan servicios financieros complementarios al que he adquirido con el Banco: SI ☐ NO ☐

c. Intermediarios de Seguros. Para que me ofrezcan bienes, productos o servicios financieros o no financieros complementarios al que he adquirido con el Banco: SI ☐ NO ☐

d. Centrales de información financiera para actualizar mi información de ingresos: SI ☐ NO ☐

e. Compañías de Tecnología que administran subvenciones de crédito. Para fines comerciales y estadísticos: SI ☐ NO ☐

Los nombres comerciales de estas entidades podrán ser consultados en la página web: www.bmm.com.co/politica-terceros.pdf

Notas:

1. Me ha sido informado que la Política de Protección de Datos Personales implementada por el Banco Mundo Mujer S.A., la puedo consultar en la página web <https://www.bmm.com.co/politica-proteccion-datos.html>

2. Me ha sido explicado que estas Autorizaciones son de carácter permanente y estarán vigentes hasta que yo decida revocarlas mediante comunicación escrita dirigida al Banco o diligenciando el formulario de PCR en nuestra página web: <https://www.bmm.com.co/pcr.html> y que podrá hacerlo cuando no tenga el deber legal o contractual de estar en la base de datos del Banco.

LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES IMPLEMENTADA POR EL BANCO MUNDO MUJER S.A., PODRÁ SER CONSULTADA EN LA PÁGINA WEB WWW.BMM.COM.CO.

CANAL AUTORIZADO PARA ENVÍO DE INFORMACIÓN GENERAL Y NOTIFICACIONES

INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL DESARROLLO DEL VINCULO CONTRACTUAL

☐ Correo Electrónico ☐ Mensaje de Texto (SMS), cualquier mensaje de datos y cualquiera ajustado a la Ley 527/99 ☐ Cualquier oficina del Banco ☐ Cualquiera de las mencionadas anteriormente

CONTACTO Y ENVÍO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA CON FINALIDADES COMERCIALES

☐ Vivienda ☐ Negocio ☐ Labora ☐ Correo Electrónico ☐ Teléfono fijo o celular ☐ Mensaje de Texto (SMS), cualquier mensaje de datos y cualquiera ajustado a la Ley 527/99 ☐ Cualquiera de las mencionadas anteriormente

AUTORIZACIONES

1. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., a realizar el desembolso del crédito en:

☐ Abono en Cuenta de ahorros BMM del titular del crédito N° _____ ☐ Cheque a nombre del titular del crédito ☐ Efectivo

☐ Abono en cuenta de ahorros BMM de un tercero N° _____ ☐ Cheque a favor de un tercero

2. La comisión correspondiente a la garantía adquirida con el Fondo Nacional de Garantías (FNG) o la garantía USAID será cancelada a través de:

☐ Débito de la cuenta de ahorros ☐ Pago en Efectivo en Caja

3. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., para debitar de mi cuenta el valor correspondiente a la cuota de mi crédito en las fechas establecidas (DAC). SI ☐ NO ☐

4. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a la cuota de manejo de la tarjeta débito autorizada en este formulario, el cual ha sido debidamente informado por el Banco y que se encuentra publicado en su página web. SI ☐ NO ☐

Cuenta de Ahorros: _____

5. Autorizo al Banco Mundo Mujer adicionar al valor de la cuota del crédito la suma de \$ _____, el cual será abonado en la cuenta de ahorros del desembolso. (Crediahorro) SI ☐ NO ☐

6. Autorizo al Banco Mundo Mujer para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente al (los) seguro (s) obligatorio (s) de acuerdo con las Políticas del Banco. SI ☐ NO ☐

7. Autorizo al Banco Mundo Mujer para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a los seguros voluntarios. SI ☐ NO ☐

8. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a la cuenta de ahorros autorizada en este formulario, en la fecha establecida. SI ☐ NO ☐

CUENTA ORIGEN		CUENTA DESTINO	
Cuenta de Ahorros	Cuenta de Ahorros 1	Día DAC	Valor \$
Cuenta de Ahorros	Cuenta de Ahorros 1	Día DAC	Valor \$

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

 
FIRMA DEL CLIENTE APODERADO FIRMA DEL CONYUGE (Aplica sólo para crédito)

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL BMM

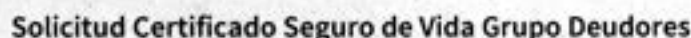
ENTREVISTADOR	FECHA VISITA Y ENTREVISTA	HORA	SOLICITUD VÍABLE	CAUSAL DE RECHAZO
	17/10/2022	16:00	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Declaro que he cumplido con la ejecución de todos los procesos establecidos para conocimiento y vinculación del cliente, incluida la entrevista y referenciación, para constancia firmo esta solicitud.				FIRMA DEL ENTREVISTADOR
AUTENTICACIÓN DE IDENTIDAD	Substante	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Rechazado	Causa
DIRECTOR DE AGENCIA	Vi. Bo. RECHAZO	FECHA DE REACTIVACIÓN	Vi. Bo. REACTIVACIÓN	Vi. Bo. FEPS (Conferir anexo Gerente Comercial Regional y formato FEPS)
OPERACIONES	NÚMERO DE CUENTA	NÚMERO DE LA OPERACIÓN	NÚMERO DE LA SUB-OPERACIÓN	FIRMA ASESOR DE SERVICIOS

[illegible]

17/05/22

PRODUCTOS DE CRÉDITO											
TIPO DE PRODUCTO		<input type="checkbox"/> Microcrédito <input type="checkbox"/> Microcrédito Rural		<input checked="" type="checkbox"/> Pequeña Empresa <input type="checkbox"/> Agropecuario		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Crédito		TIPO DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input checked="" type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Rotativo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Reestructuración	
TIPO DE VÍNCULO		<input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge Codeudor <input type="checkbox"/> Codeudor		DESTINO DEL CRÉDITO <input checked="" type="checkbox"/> Capital de trabajo <input type="checkbox"/> Activo fijo <input type="checkbox"/> Libre inversión		VALOR SOLICITADO \$ 100.000.000					
PRODUCTOS DE AHORRO E INVERSIÓN Y OTROS SERVICIOS											
TIPO DE INTEGRACIÓN											
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/> Alternativo											
APERTURA CUENTA DE AHORROS											
<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Chicleas <input type="checkbox"/> Renta más <input type="checkbox"/> Cuenta Tu Meta - Plazo _____ meses Ahorro Mensual \$ _____ Monto Apertura \$ _____											
CERTIFICADO DE DEPÓSITO A TÉRMINO											
NUEVO	TIPO DE CDT		FORMA DE CONSTITUCIÓN		PLAZO		TASA		MONTO A INVERTIR		
	<input type="checkbox"/> Materializado <input type="checkbox"/> Desmaterializado		<input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Débito Cuenta N° _____		_____ días		_____ NEA		\$ _____		
	PAGO DE INTERÉS		FORMA DE PAGO INTERESES								
	<input type="checkbox"/> Capitalizable <input type="checkbox"/> Al vencimiento <input type="checkbox"/> Periódico		<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Cuenta ahorros BMM N° _____								
MANTENIMIENTO	N° CDT/OPERACIÓN		TIPO DE OPERACIÓN		CÁMBIO DE INSTRUCCIONES						
			<input type="checkbox"/> Igual valor <input type="checkbox"/> Aumento K <input type="checkbox"/> Disminución K Valor \$ _____		<input type="checkbox"/> Capitalizar CDT (K+I) Nueva tasa de interés _____ NEA						
	TIPO DE CDT		INCREMENTO DE CAPITAL		PLAZO						
	<input type="checkbox"/> Materializado <input type="checkbox"/> Desmaterializado		<input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Débito de la cuenta N° _____		_____ días		<input type="checkbox"/> Promote Nueva tasa de interés _____ NEA <input type="checkbox"/> Integrase cuenta por pagar CDT <input type="checkbox"/> Intereses Cuenta Ahorro				
PAGO DE INTERÉS		FORMA DE PAGO INTERESES									
<input type="checkbox"/> Capitalizable <input type="checkbox"/> Al vencimiento <input type="checkbox"/> Periódico		<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Cuenta ahorros BMM N° _____									
OTROS SERVICIOS											
TARJETA DÉBITO				EXENCIÓN GMF (4 x 1.500)		NOVEDAD DE FIRMA		OTROS SERVICIOS			
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Cambio de Tarjeta <input type="checkbox"/> Deterioro <input type="checkbox"/> Vencimiento <input type="checkbox"/> Cambio de clave <input type="checkbox"/> Pérdida <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Cancelación				<input type="checkbox"/> Marcación <input type="checkbox"/> Desmarcación		<input type="checkbox"/> Actualizar <input type="checkbox"/> Adicionar <input type="checkbox"/> Eliminar		<input checked="" type="checkbox"/> Activación Cuenta <input type="checkbox"/> Actualización Datos <input type="checkbox"/> Débito automático entre cuentas			
Tarjeta Débito N°: _____											
DATOS PERSONALES											
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Registro civil NUP <input type="checkbox"/> Nacional CAN o DNE <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia <input type="checkbox"/> Carné Diplomático		N° DOCUMENTO		16793039		FECHA VENCIMIENTO DOC. IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO / TERCER NOMBRE					
PEREZ		PALMA		DIEGO		FERNANDO					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		PERSONAS A CARGO			
PAIS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		FECHA		COLOMBIA		<input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado	
COLOMBIA		VALLE		CALI		23/08/1971				1	
NIVEL EDUCATIVO		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado		PROFESIÓN ADMINISTRADOR							
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Aplica únicamente para personas con actividad económica)				CIR 4321		OFICIO Vendedores, demostradores de ferias y alhacanes		SECTOR		<input checked="" type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Producción <input type="checkbox"/> Servicios	
Es usted una persona con discapacidad (PcD)				NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuel							
CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCIÓN DE VIVIENDA		ESTRATO		DEPARTAMENTO					
perizpalma20@gmail.com		CL 58 NRO 93-199 TORRE 5B APTO 504		4		VALLE					
MUNICIPIO		BARRIO / VEREDA		CÓDIGO							
CALI		L.S.I		10200							
UBICACIÓN DE LA VIVIENDA				TELÉFONO FIJO DE VIVIENDA		TELÉFONO CELULAR					
unidad residencial terreno ciudad material						3217090417					
TIPO DE VIVIENDA		<input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar		HABITADA DESDE		NOMBRE DEL ARRENDADOR (Si es alquilada)		TELÉFONO DEL ARRENDADOR			
(Aplica para arrendo)				03/2021							
DATOS LABORALES											
CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA		NIT DE LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA							
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		BARRIO		CÓDIGO		TELÉFONO DE LA EMPRESA			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TIPO DE CONTRATO		FECHA INGRESO		DD		MM		AAAA	
		<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o Labor <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios									
UBICACIÓN DE LA EMPRESA		NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO		TELÉFONO CELULAR DEL JEFE INMEDIATO							
DATOS DE LA ACTIVIDAD O NEGOCIO											
NOMBRE DEL NEGOCIO		ACTIVIDAD ESPECÍFICA DEL NEGOCIO		CÓDIGO CIR							
CAPS STORE CALI		COMERCIO DE PRENDAS DE VESTIR (INCLUYE PRIMARIAS)		4771							
UBICACIÓN DEL NEGOCIO		FUNCIONAMIENTO DESDE		TIPO DE LOCAL / TERRENO							
<input checked="" type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/> RURAL		<input type="checkbox"/> Plaza de Mercado <input type="checkbox"/> Itinerante <input type="checkbox"/> Residencia <input checked="" type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Ambulante		03/2019		<input type="checkbox"/> Propio <input checked="" type="checkbox"/> Alquilado		<input type="checkbox"/> Familiar			
NEGOCIO EN DOMICILIO		DIRECCIÓN DEL NEGOCIO (no aplica si está en domicilio)		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO					
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		CR 4 NRO 14 68 LC 402		VALLE		CALI					
BARRIO/VEREDA		CÓDIGO		UBICACIÓN DEL NEGOCIO							
CENTRO		10015		CC COMERCIAL PLANETARIO							
TELÉFONO FIJO DEL NEGOCIO		TELÉFONO CELULAR		NOMBRE DEL ARRENDADOR (Si es alquilada)		TELÉFONO (S) DEL ARRENDADOR					
		3217090417		pedro niza		3104485423					

DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE					
<small>(Escriba información para el/la cónyuge o el/la socio/a asociado/a cuando éste/ella no viva con el titular) (Escriba para pareja)</small>					
CÓNYUGE FIRMA CRÉDITO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia	No. DOCUMENTO 2915 242 FECHA VENCIMIENTO DOC. IDENTIFICACIÓN			
PRIMER APELLIDO Londono	SEGUNDO APELLIDO Vincoso	PRIMER NOMBRE Yolietty	SEGUNDO/TERCER NOMBRE		
TELÉFONO CELULAR 31036 4461	Cónyuge vive con el Titular <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OFICIO Independiente	DIRECCIÓN DE VIVIENDA		
			TELÉFONO Fijo DE VIVIENDA		
DATOS PERSONALES APODERADO, TUTOR, AUTORIZADO					
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia <input type="checkbox"/> Nacional CAN o DNI <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Carta Diplomática				No. DOCUMENTO FECHA VENCIMIENTO DOC. IDENTIFICACIÓN	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO/TERCER NOMBRE		
PAÍS	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BARRIO/VEREDA		
DIRECCIÓN DE VIVIENDA		TELÉFONO Fijo DE VIVIENDA	TELÉFONO CELULAR		
INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		\$ 205.666.667.00	TOTAL EGRESOS MENSUALES		\$ 189.951.165.00
OTROS INGRESOS MENSUALES		\$ 0.00	TOTAL ACTIVOS		\$ 1.086.800.000.00
TOTAL INGRESOS MENSUALES		\$ 205.666.667.00	TOTAL PASIVOS		\$ 411.476.533.00
Describe los otros ingresos diferentes a la actividad económica principal:					
VINCULADOS					
¿Tiene usted algún familiar empleado en el Banco Mundo Mayor S.A.? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique el parentesco: Nombre: Cargo:					
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA					
Tiene otra actividad económica relacionada con: <input type="checkbox"/> Extracción y comercialización de materias preciosas <input type="checkbox"/> Producción y comercialización de carne <input type="checkbox"/> Casinos y Juegos de suerte y azar <input type="checkbox"/> Pesca <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna					
¿Cuál es el propósito de la relación comercial? <input type="checkbox"/> Ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Capital de Trabajo <input type="checkbox"/> Manejo de recursos de su actividad económica <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Liquidar <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál? Medio usual para el manejo de los recursos: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Tarjeta					
Estima recibir recursos de otros para: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: País 1 Ciudad 1 País 2 Ciudad 2 País 3 Ciudad 3 Valor estimado de los recursos manejados en cuenta de ahorro: <input type="checkbox"/> \$0 - \$10.000.000 <input type="checkbox"/> \$10.000.000 - \$50.000.000 <input checked="" type="checkbox"/> \$50.000.000 - \$100.000.000 <input type="checkbox"/> \$100.000.000 - \$500.000.000 <input type="checkbox"/> \$500.000.000 - \$1.000.000.000					
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y PERFIL DEL CLIENTE					
Me permito declarar: 1. Los bienes, vehículos, muebles, enseres, inmuebles y en general todo lo que posea han sido adquiridos a través de: <input checked="" type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> No poseo bienes <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál? Herencia 2. Los recursos que destino para ahorros, inversiones de CDT o para el pago de las obligaciones, provienen de las siguientes fuentes: 3. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita. 4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas, ni efectúen transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.					
PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEPs					
¿Es usted una Persona Politicamente Expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique el cargo: Fecha de abdicación al cargo o fin de la actividad: Fecha de reincorporación al cargo: ¿Es usted Representante legal de una organización internacional? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
¿Es usted familiar de una Persona Politicamente Expuesta, en alguno de los siguientes grados de afinidad o consanguinidad? (Cónyuge, hijos, hijos adoptivos o adopción, Padres, Hermanos, Nietos, Abuelos, Bisabuelos, Cuñados): <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de ser afirmativo indique el parentesco:					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA FATCA - CRS					
Tiene obligaciones tributarias con países diferentes a Colombia? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? 1. No. de Tributaria 2. No. de Tributaria					
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS					
AUTORIZACIÓN CON FINALIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL VÍNCULO CONTRACTUAL					
Manifiesto que he leído y he entendido completamente las razones por las cuales el Banco requiere esta autorización. Como titular de mi información personal, de manera previa, expresa y revocable, bajo el entendido que el Banco conservará la confidencialidad y la debida reserva bancaria, lo autorizo para que: 1. Los datos que le he suministrado, incluyendo mis datos biométricos (entendidos estos como huellas digitales, reconocimiento facial, reconocimiento visual y/o escáneres de retina, entre otros), puedan ser incluidos, solicitados, recibidos, clasificados, categorizados, almacenados, administrados, usados, suprimidos, actualizados y reutilizados en sus bases de datos con el fin de: a. Prevenir el fraude o el cumplimiento b. Ser utilizados como medio de prueba c. Realizar análisis de riesgo (incluyendo fraude financiero) d. Realizar procesos de actualización de mi información e. Dar cumplimiento a las obligaciones que hemos pactado f. Dar atención oportuna a mis peticiones, quejas y reclamos g. Realizar estudios para efectuar análisis de perfil de riesgo y calificación de cartera h. Realizar estudios mediante encuestas para conocer la calidad y el nivel de satisfacción de los productos o servicios que he adquirido, y/o hábitos, gustos e intereses. i. Gestionar, mediante actividades de cobranza judicial o pre-judicial, el cobro y el recupero de las obligaciones crediticias que he contraído. j. Determinar los procesos que se requieren para la adecuada prestación de los productos y/o servicios que he adquirido k. Contactar, reportar y actualizar la información y los datos relacionados con mi comportamiento financiero y comercial (cumplimiento de mis obligaciones contractuales) l. Generar y/o enviar y/o entregar mensajes instantáneos, correspondencia, mensajes y/o notificaciones mediante: tarjeta telefónica, mensaje de texto, mensaje de datos, correo electrónico, Facebook, Twitter, Instagram o cualquier red social de internet y/o una memoria electrónica a la Ley 527-99, haciendo uso de: correo electrónico, correo postal, teléfono fijo, celular, o medios similares. m. Realizar análisis de fraude, corrupción y otros actividades ilegales, así como lavado de activos y financiación del terrorismo. n. Realizar análisis de fraude, corrupción y otros actividades ilegales, así como lavado de activos y financiación del terrorismo. 2. Los datos que le he suministrado, puedan ser compartidos con las personas que, mediante contratos suscritos con el Banco, realicen las actividades o le presten los servicios anteriormente mencionados y que son necesarios para el adecuado desarrollo de nuestra relación contractual. Manifiesto que he sido informado que estas personas pueden ser compañías aseguradoras, intermediarios de seguros, casas de cobranza de cartera, compañías de compra de cartera, compañías que realizan análisis, compañías que realizan procesamiento y administración de datos (incluyendo de riesgo), entidades que brindan servicios, redes de pago, compañías bancarias, entidades financieras, entidades generadoras de segundo piso, depósitos de valores, compañías que realizan actividades de educación financiera o aquellas que realizan, en nombre del Banco, promoción y venta de sus productos y servicios. Los nombres comerciales de estas entidades podrán ser consultados en la página web: www.bancomundial.com/colombia/privado					



de todas sus partes y firmo en presencia de él, el presente documento en la
de 200__

[Handwritten Signature]

JURADO DEL ASESORANTE

C.C. No. 16A930391011



PAGARÉ A FAVOR DEL BANCO MUNDO MUJER S.A.
NIT. 900.768.933-8



1. PAGARÉ No.: 6949055
2. VALOR TOTAL DE LA DEUDA (incluye todos los conceptos adeudados):
3. TASA DE INTERÉS CORRIENTE EFECTIVA ANUAL (E.A.):
4. LUGAR PARA EL PAGO DEL CRÉDITO:

5. PLAZO DEL CRÉDITO:
6. FECHA DE VENCIMIENTO:

Yo (Nosotros), PEREZ PALMA DIEGO FERNANDO mayor de edad, vecino(a) de CALI e identificado con CEDULA CIUDADANIA Nro. 16793039 expedida en LA CUMBRE/VALLE; y

Yo (Nosotros), LONDOÑO VINASCO YULIETH mayor de edad, vecino (a) de CALI e identificado con CEDULA CIUDADANIA Nro. 29182242 expedida en CALI/VALLE; y

quien(es) en adelante me (nos) denominaré (denominaremos) EL (LOS) DEUDOR (ES), por medio del presente pagaré hago (hacemos) constar: PRIMERO: Que me (nos) obligo (obligamos) a PAGAR en forma incondicional, indivisible y solidaria en dinero en efectivo a la orden del BANCO MUNDO MUJER S.A. o de quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de ACREEDOR la suma de dinero que se menciona en el numeral 2. (Valor total de la deuda) del encabezamiento de este documento, que declaro(amos) haber recibido a título de mutuo o préstamo. SEGUNDO: Me (nos) obligo (obligamos) a pagar el valor concerniente al capital, intereses corrientes, (contenidos en el numeral 3 del encabezado (Tasa de Interés Corriente Efectiva Anual)), conceptos de comisiones, tarifas de registro de garantías, honorarios de cobranza, y/o seguro (s), más IVA, cobrados en forma vencida sobre el capital insoluto en la(s) tasa(s) arriba citadas y discriminadas en cuotas en los montos y fechas fijadas por el sistema del BANCO MUNDO MUJER S.A., o conforme al Plan de Pagos o al documento o valor aplicable dentro del término de plazo hasta la cancelación total. Cuando la fecha de vencimiento del pago de uno de los abonos y/o cuotas deba hacerse en un día no hábil, me (nos) obligo (obligamos) a cancelar dicha cuota el día hábil inmediatamente siguiente al de la fecha de vencimiento. TERCERO: Igualmente me (nos) obligo (obligamos) a pagar el _____ % anual calculado por concepto de comisiones y/o honorarios autorizados por el artículo 39 Ley 590/00, cobrados en forma vencida sobre capital insoluto en la fecha(s) fijada(s), el cual acepto (aceptamos) y constituye parte integral del presente pagaré. CUARTO: Sin perjuicio de las acciones legales del Banco, en caso de mora y durante la misma, los intereses moratorios causados serán una y media vez la tasa de interés corriente pactada, sin exceder el máximo legal permitido, desde el día de retardo y hasta el día de la verificación total de la obligación, como también de las obligaciones accesorias a que haya lugar, sin necesidad de requerimiento judicial o constitución en mora o requerimiento previo, a los cuales desde ya renuncio (amos) o excusa presentación para el pago, el aviso de rechazo. Se pacta expresamente que los intereses pendientes se producirán en los términos del artículo 886 del código de comercio. QUINTO: Que en caso de cobro judicial o extrajudicial de este pagaré serán de mi (nuestra) cuenta todos los gastos y costas que se ocasionen por la cobranza judicial o extrajudicial. En el evento de cobro judicial los gastos no se limitaran a las costas judiciales que decreta el Juez, sino también serán de mi (nuestro) cargo todos los honorarios del (los) abogado(s) contratado(s) por el ACREEDOR para el respectivo cobro. PARAGRAFO: Todos los impuestos que se causen por la suscripción de este pagaré serán igualmente a cargo de EL (LOS) DEUDOR(ES), salvo que la normatividad tributaria determine un sujeto pasivo distinto. SEXTO: Que conozco (conocemos) de antemano el derecho que le asiste al ACREEDOR, para que en los eventos que a continuación se detallan, pueda declarar vencido el plazo y de esta manera exigir anticipadamente, extrajudicial o judicialmente, sin necesidad de requerimiento alguno el pago de la totalidad del saldo insoluto de la obligación incorporada en el presente pagaré, por concepto de capital, intereses corrientes, intereses moratorios, comisiones, accesorios, los gastos de cobranza, incluyendo los honorarios de los abogados que hayan sido pactados por EL ACREEDOR y demás obligaciones a mi (nuestro) cargo constituidas a favor del ACREEDOR: a) Si se presenta mora en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones que directa o indirectamente tenga (mos) con el ACREEDOR. En dicho caso se extinguirá automáticamente el plazo concedido, haciéndose exigible el monto total de las obligaciones. EL ACREEDOR podrá restituirme (nos) el plazo, para lo cual podrá exigir el pago de las cuotas vencidas junto con la totalidad de intereses causados hasta la fecha en que se haga el respectivo pago, comisiones, honorarios de abogado que por mi (nuestra) cuenta hayan sido pagados por el ACREEDOR; b) Si soy (somos) demandado por cualquier persona natural o jurídica; c) Si se promueve proceso de concurso de acreedores, concordato, liquidación, oferta de cesión de bienes, cierre o abandono de los negocios o en el evento en que me (nos) encuentre (encontremos) en notorio estado de insolvencia; d) El giro de cheque sin provisión de fondos por uno o cualquiera de los deudores; e) Si los bienes dados en garantía se demeritan, se gravan, enajenan en todo o en parte, o dejan de ser garantía suficiente; f) Si cometo(cometemos) inexactitudes en balances, informes, declaraciones o documentos presentados al ACREEDOR; g) Muerte de uno cualquiera de los DEUDORES, h) En los demás casos de Ley. SÉPTIMO: Que expresamente autorizo (autorizamos) irrevocablemente al ACREEDOR para llevar el control de los abonos del crédito que me (nos) fue otorgado en el cuerpo del presente título valor y/o en hoja adicional y/o en registros sistematizados. OCTAVO: EL BANCO MUNDO MUJER S.A. tendrá el derecho de dirigirse indistintamente contra cualquiera de los obligados en virtud del presente instrumento, sin necesidad de notificar a otros otorgantes de este título valor. Además entre los deudores nos conferimos poder de representación recíproca, en

consecuencia en caso de que se acuerde una prórroga del plazo, la reestructuración de la deuda, cambio en las condiciones iniciales (por solicitud del cliente) o la modificación y/o aclaración de cualquiera de las condiciones pactadas con uno solo de nosotros se mantendrá la solidaridad que adquirimos respecto de las obligaciones derivadas de este pagaré, con respecto al alcance y contenido de las obligaciones nuevas que se adquieran. NÓVENO: El Banco queda autorizado para debitar todas las sumas de dinero adeudadas, tales como capital, intereses corrientes, intereses moratorios, impuestos, costos, gastos de la cobranza prejudicial, judicial, de la cuenta(s) de ahorros, de cualquier depósito o suma de dinero que exista a mi (nuestro) nombre en el BANCO MUNDO MUJER S.A. DECIMO: En los eventos que se garanticen deudas con hipoteca sobre un bien inmueble, el (los) DEUDOR (ES) se obliga (n) a contratar y mantener siempre vigente(s) durante toda la vida del crédito, una póliza de seguro de incendio, terremoto, AMIT para la debida protección del inmueble, designando como primer beneficiario al Banco Mundo Mujer S.A. y en caso de no renovar dicha póliza, autorizo (amos) al ACREEDOR para contratar a mi (nuestro) cargo en la misma o en otras compañías, el respectivo seguro y cobrarlo en el crédito. Asimismo, manifiesto (amos) que todos los gastos necesarios y cargas cubiertas por el ACREEDOR para la renovación serán pagadas por mi (nosotros) y constituirán un gravamen sobre la propiedad hipotecada, pagadero con intereses desde que se hizo el gasto, como parte de las sumas aseguradas con la hipoteca. DECIMO PRIMERO: En los eventos que Banco Mundo Mujer S.A., deba efectuar el reintegro de sumas de dinero, autorizo (autorizamos) la realización del proceso de transferencia de dicho (s) monto (s) a través del abono en la cuenta de ahorros del Banco Mundo Mujer S.A. en que actualmente soy (somos) titular (es). DECIMO SEGUNDO: Acepto (Aceptamos) y autorizo (autorizamos) cualquier endoso o cesión que el BANCO MUNDO MUJER S.A. hiciera del presente pagaré sin necesidad de su notificación. Acepto (Aceptamos) y autorizo (autorizamos) al BANCO MUNDO MUJER S.A. o a quien represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor para reportar, procesar, solicitar, consultar, suministrar y divulgar a las entidades públicas o privadas que administren o manejen bases de datos, sobre mi (nuestro) comportamiento crediticio, hábitos de pago y cumplimiento o no de mi (nuestras) obligaciones. DECIMO TERCERO: Expreso (amos) mi (nuestra) conformidad con el contenido de las obligaciones Ambientales y Sociales definidas por el BANCO MUNDO MUJER S.A. y que se encuentran a mi (nuestra) disposición en la página web del Banco www.bmm.com.co, comprometiéndome (nos) a su cumplimiento. DECIMO CUARTO: Este pagaré podrá ser diligenciado por el BANCO MUNDO MUJER S.A., según las instrucciones impartidas por mi (nosotros) en la Carta de Instrucciones que se encuentra adjunta con este pagaré de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2 del Código de Comercio.

Para constancia se firma por el (los) otorgante (s) en _____, _____ el día _____ de _____ de _____ (_____).

DEUDOR

Nombre: DIEGO FERNANDO

Apellidos: PEREZ PALMA

CEDULA CIUDADANIA No. 16793039

Exp. En LA CUMBRE/VALLE

DIRECCIÓN

RESIDENCIA: 0158 93 199 Torre Sb Apt 0504

CELULAR: 3 21 709 0417

DEUDOR

Nombre: YULIETH

Apellidos: LONDOÑO VINASCO

CEDULA CIUDADANIA No. 29182242

Exp. En CALI/VALLE

DIRECCIÓN

RESIDENCIA: 0158 93 199 Torre Sb Apt 0504

CELULAR: 3103679461



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE EN BLANCO

CALI, VEINTICUATRO de MAYO de DOS MIL VEINTIDOS

Señores
BANCO MUNDO MUJER S.A.
Ciudad.

REF: CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL PAGARE EN BLANCO No. 6949055,
QUE EN ESTA FECHA HE (HEMOS) OTORGADO Y ENTREGADO A SU ORDEN.

Yo (Nosotros), PEREZ PALMA DIEGO FERNANDO, mayor de edad, vecino (a) de CALI Identificado con la C.C. Nro. 16793039 Expedida en LA CUMBRE/VALLE; y

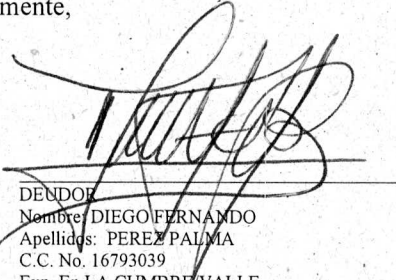
Yo (Nosotros), LONDOÑO VINASCO YULIETH, mayor de edad, vecino (a) de CALI Identificado con la C.C. Nro. 29182242 Expedida en CALI/VALLE;

persona(s) mayor(es), identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), por medio de la presente manifiesto (manifestamos) que de conformidad con el artículo 622 del Código de Comercio, en forma irrevocable autorizo (autorizamos) al BANCO MUNDO MUJER S.A. con Nit. 900768933-8 o su futuro tenedor, para diligenciar los espacios en blanco del pagaré de la referencia, sin necesidad de previo aviso conforme a las siguientes instrucciones:

1. Se incorporaran en el pagaré firmado con espacios en blanco objeto de estas instrucciones toda(s) la(s) obligación(es) existente(s) con el BANCO MUNDO MUJER S.A., incluyéndose en dicho importe no solo el capital, sino intereses, gastos, comisiones, honorarios, impuestos, y demás conceptos autorizados por la ley, que figuren a mi (a nuestro) cargo, al momento de diligenciarse el pagaré, pues el incumplimiento de una, o varias obligación(es) a mi (a nuestro) cargo acarrea la aceleración de la fecha de vencimiento de la(s) mismas, en consecuencia, El Banco Mundo Mujer S.A., queda facultado en el momento en el que incurra (mos) en mora en el pago de una o más cuotas, de la obligación principal y/o accesorias contraídas y respaldada con el presente pagaré, para diligenciar los espacios en blanco. El diligenciamiento se hará, por todo o menos a discreción del tenedor, de lo que en libros y demás documentos de la acreedora deba (mos) por cualquier concepto todos o algunos de nosotros.
2. En tanto sea (seamos) su(s) deudor(es), aceptante(s), cualquier, tenedor puede completar el pagaré. Este diligenciamiento puede hacerse de una vez por el tenedor, o ser endosado por éste, para que otro u otros endosatorios sucesivos lo completen.
3. Como otorgantes podrán ser incluidos todos o algunos de los que hemos firmado como tales. En caso de no ser incluidos todos, los demás que aparecemos como firmantes, nos obligamos en calidad de avalistas del otorgante.
4. El Banco Mundo Mujer S.A., podrá diligenciar los espacios en blanco del pagaré en cualquiera de los siguientes eventos: a) El no pago oportuno de cualquier suma de dinero, efectivo, que de manera conjunta, separadamente deba (debiéramos) al Banco Mundo Mujer S.A., por concepto de capital, intereses capitalizados, corrientes y/o de mora, primas de seguros, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza extrajudicial y/o judicial o cualquier otro derivados de cualquier operación activa de crédito. b) La admisión y/o declaratoria de cualquiera de los obligados en el pagaré, firmantes de esta carta, en cualquier proceso o trámite de índole concursal o liquidatorio, o acuerdo de promoción de pagos, proceso de declaración de insolvencia empresarial, proceso de declaración de insolvencia de persona natural no comerciante. c) La insolvencia de cualquiera de los firmantes de esta carta o la verificación de cualquier hecho, que coloque alguno de estos, en circunstancias que dificulten y/o imposibiliten el cumplimiento de sus obligaciones de manera parcial y/o total, con el Banco Mundo Mujer S.A. d) La muerte, declaración de interdicción de cualquiera de los firmantes. e) Si los bienes de cualquiera de los deudores, firmantes de esta carta, son embargados o perseguidos en ejercicio de cualquier acción o se demeritaren o depreciaren de modo que dejen de ser suficiente garantía para el Banco Mundo Mujer S.A. f) Si cualquiera de los firmantes de esta carta comete inexactitudes, reticencia, imprecisiones o fraude en balances, libros contables, certificaciones, informes o declaraciones que suministre a funcionario competente del Banco Mundo Mujer S.A., que conlleve a inducirlo en error, en la aprobación y desembolso de crédito. g) En los demás casos de Ley.
5. El espacio reservado para el número del pagaré será el que corresponda al consecutivo que lleve el Banco.
6. En el espacio reservado para valor del crédito o capital, se incorporará la suma que por dicho concepto deba (mos) a la fecha de diligenciamiento del pagaré y que conforme a la contabilidad, libros, registros, comprobantes de contabilidad, y del sistema del Banco Mundo Mujer S.A., le resulte (mos) a deber por concepto de deudas exigibles no contenidas en documentos que presten mérito ejecutivo al momento de entablar las acciones legales del caso, tendiente a obtener el pago.
7. El espacio reservado para el numeral 3 del Pagaré que corresponde a los intereses corrientes y de mora, se diligenciará con la suma de dinero que por concepto de los intereses mencionados este(mos) adeudando al Banco el día que sea diligenciado el pagaré, de acuerdo con lo establecido en el plan de pagos y los registros contables de EL BANCO y que se hayan causado a la fecha de diligenciamiento del pagaré.

8. El espacio reservado para 'lugar para pago de crédito, se diligenciará con aquella ciudad y oficina en la que el Banco ha otorgado y desembolsado el(los) crédito(s).
9. El espacio reservado para fecha de vencimiento, se diligenciará con la fecha del diligenciamiento del pagaré.
10. La fecha de pago de intereses corrientes, comisiones, iva, seguro(s) y los abonos de capital, al igual que el monto será conforme a lo establecido por el BANCO MUNDO MUJER S.A., en el plan de pagos de capital fijado por el sistema de la entidad, dentro de los plazos del crédito, contenidos en el pagaré, o en documentos anexos en los que se fija montos, términos, cuotas en periodos de tiempo distribuida (s) en el Plan de Pagos que fije la entidad acreedora o tenedor del título valor, el cual acojo (acogemos) íntegramente en todos sus términos, por contener una obligación clara, expresa y exigible y constituye parte del título valor en mención.
11. El Banco Mundo Mujer S.A., conforme a esta carta de instrucciones, no requiere dar aviso previo a los firmantes del pagare, para diligenciar los espacios en blanco.
12. Dejo (dejamos) constancia que el Banco Mundo Mujer S.A. me (nos) ha hecho entrega de una copia del presente documento.

Atentamente,

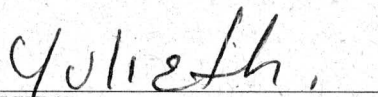

 DEUDOR
 Nombre: DIEGO FERNANDO
 Apellidos: PEREZ PALMA
 C.C. No. 16793039

Exp. En LA CUMBRE VALLE

DIRECCIÓN

RESIDENCIA: C158 93199 Torresb Apto 504

CELULAR: 3217090417


 DEUDOR
 Nombre: YULIETH
 Apellidos: LONDOÑO VINASCO
 C.C. No. 29182242

Exp. En CALI VALLE

DIRECCIÓN

RESIDENCIA: C158 93199 Torresb Apto 504

CELULAR: 3103679461

Detalle de pagos

Número de crédito	Nombre del cliente	Producto	Monto del crédito	Plazo total del crédito en meses	Tasa de Interés E.A.	Tasa de Mora E.A.	Estado	Fecha de desembolso del crédito	Fecha de vencimiento del crédito
6949055	DIEGO FERNANDO PEREZ PALMA	CREDI Empresa Cial	100,000,000	24	27,45	29,57	EN MORA	24/05/2022	09/06/2024

Fecha de Pago	No. de Cuota	Valor pagado	Capital	Intereses corrientes	Intereses de mora	Intereses de mora condonados	Seguro de deuda (normal y extraprima)	Seguro de incendio y terremoto	Seguro Codeudor	Comisión	IVA sobre comisiones	Saldo a capital	Días de atraso
09/07/2022	1	5,549,805.90	2,302,582.27	3,062,773.70	0.00	0.00	163,050.00	0.00	0.00	17,983.00	3,416.77	97,697,417.89	0
09/07/2022	1	50,000.00	50,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	97,647,417.73	0
09/08/2022	2	5,500,000.00	3,397,487.15	1,993,812.92	0.00	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	94,249,930.51	0
09/09/2022	3	5,500,000.00	3,466,858.71	1,924,441.36	0.00	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	90,783,071.80	0
08/10/2022	4	5,500,000.00	3,537,646.73	1,853,653.34	0.00	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	87,245,425.07	0
09/11/2022	5	5,500,000.00	3,609,880.14	1,781,419.93	0.00	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	83,635,544.93	0
09/12/2022	6	5,500,000.00	3,683,588.45	1,707,711.62	0.00	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	79,951,956.48	0
10/01/2023	7	5,500,000.00	3,758,801.76	1,632,498.31	0.00	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	76,193,154.72	1
23/02/2023	8	5,512,320.50	3,809,606.75	1,555,749.25	38,264.57	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	72,383,547.97	14
23/02/2023	9	17,679.50	0.00	0.00	0.00	0.00	17,679.50	0.00	0.00	0.00	0.00	72,383,548.04	0
09/03/2023	9	5,500,000.00	3,931,016.75	1,477,962.82	0.00	0.00	91,020.50	0.00	0.00	0.00	0.00	68,452,531.22	0
27/04/2023	10	5,525,294.32	3,967,658.61	1,397,697.39	51,238.39	0.00	108,700.00	0.00	0.00	0.00	0.00	64,484,872.61	18
27/04/2023	11	705.68	0.00	0.00	0.00	0.00	705.68	0.00	0.00	0.00	0.00	64,484,872.68	0
07/06/2023	11	5,557,586.55	4,048,672.21	1,316,683.79	84,236.30	0.00	107,994.32	0.00	0.00	0.00	0.00	60,436,200.40	29
07/06/2023	12	42,413.45	0.00	0.00	0.00	0.00	42,413.45	0.00	0.00	0.00	0.00	60,436,200.47	0
18/07/2023	12	5,547,238.86	4,131,339.99	1,234,016.02	115,596.37	0.00	66,286.55	0.00	0.00	0.00	0.00	56,304,860.41	39
18/07/2023	13	761.14	0.00	0.00	0.00	0.00	761.14	0.00	0.00	0.00	0.00	56,304,860.48	0
Total:		66,303,805.90	43,695,139.52	20,938,420.45	289,335.63	0.00	1,359,510.53	0.00	0.00	17.983,00	3,416.77		101

Detalle de pagos

Número de cuotas pendientes de pago	12
SALDO TOTAL DE SU CRÉDITO A LA FECHA DE GENERACIÓN:	
Saldo Capital	56,304,860.48
Más Intereses Corrientes	6,877,337.92
Más Intereses Mora	3,074,239.76
Más Seguro de deuda	919,565.53
Más Seguro Incendio y Terremoto	0.00
Más Seguro codeudor	0.00
Más Comisiones	0.00
Más IVA	0.00
TOTAL:	67,176,003.69
El valor de los intereses corrientes mencionados en este saldo están calculados a la fecha de generación de este documento	

Estimado cliente, recuerde que:

- * Los productos de crédito no se encuentran amparados por un seguro de depósitos de Fogafin.
- * Si desea realizar el pago total de su crédito, consulte el valor total a pagar y pague el mismo día en las cajas de cualquier oficina del Banco. El valor del saldo a la fecha de corte, puede cambiar por cada día que pasa, debido a los intereses corrientes y/o de mora.
- * Si desea realizar abonos a capital, podrá hacerlo escogiendo entre dos opciones: disminuir plazo o disminuir el valor de la cuota, y podrá hacerlo únicamente en las cajas de cualquier oficina del Banco; infórmele al cajero cómo quiere aplicar su pago.
- * Los pagos de cuotas de su crédito podrá hacerlos en cualquier oficina del Banco o en nuestros corresponsales bancarios y convenios de recaudo; tenga en cuenta que cuando pague en corresponsales y convenios deberá cancelar el valor por comisión de recaudo. Consulte corresponsales, convenios y tarifas en: www.bmm.com.co
- * Mundo Mujer El Banco de La Comunidad cuenta con el Defensor del Consumidor Financiero, Principal Dr. Luis Humberto Ustáriz González, Suplente Dr. José Federico Ustáriz González, quienes podrán atender sus quejas, ser voceros y conciliadores entre usted y el Banco. Puede contactarlos de lunes a viernes entre las 8 am y las 6 pm en la Carrera 11 A No. 96-51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C., al correo electrónico defensoriamundomujer@ustarizabogados.com, teléfono (601)6108161 en la ciudad de Bogotá, en Aplicación Móvil (APP). "Defensoría del Consumidor Financiero" o en su página web <https://www.ustarizabogados.com>
- * El adecuado manejo de su crédito es su mejor referencia. Si su obligación se encuentra en mora, lo invitamos a ponerse al día cuanto antes. Evite un reporte negativo en las Centrales de Riesgo, el cual perjudicará la calificación de su crédito con la institución y en el sistema financiero, así como un posible traslado de sus obligaciones crediticias a cobro jurídico.
- * Un reporte negativo tiene una permanencia en las Centrales de Riesgo de doble del tiempo de la mora para quienes cancelen o normalicen sus obligaciones antes de dos (2) años y un máximo de cuatro (4) años para quienes han presentado mora por más de dos (2) años consecutivos.
- * Mundo Mujer realizará el reporte ante las Centrales de Riesgo, pasados 20 días calendario a partir de la fecha del envío de la respectiva notificación (Art 12 Ley 1266 de 2008).


MUNDO MUJER EL BANCO DE LA COMUNIDAD ¡JUNTOS CONSTRUYENDO UN MEJOR FUTURO!.

Seguros*	Incendio y Terremoto (Valor Asegurado)	Vida Deudor (Valor Asegurado Desembolsado)
Monto asegurado	\$ 0,00	100,000,000.00
Tasa de prima de seguro mensual %	0	1,087.00 por millón
Prima de seguro	\$ 0,00	108,700.00

* Ver condiciones particulares de los seguros en el siguiente link:
<https://bmm.com.co/seguros.html>

Se informa que el costo del servicio de recaudo que El Banco cobra a la Aseguradora Adjudicataria del Seguro de Incendio y Terremoto Deudor, es del 12% mensual más IVA, por cada una de las primas netas facturadas y efectivamente recaudadas. El Banco no cuenta con corredor de seguros por lo tanto no se cobra ningún porcentaje por concepto de corretaje.

SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO LO DESEA TOMAR:									
FECHA DE SOLICITUD			INICIO DE VIGENCIA						
			Fecha Inicial			Fecha Final			
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	
2022	05	24	2022	05	24	2024	05	24	



2001008205831

TOMADOR		Poliza N°	Numero seguro		1924094
DIEGO FERNANDO PEREZ PALMA		Identificación:	16793039	COD. AGENCIA	820
		NOMBRE AGENCIA		CALI LA INDEPENDENCIA	

DATOS DEL SOLICITANTE		No de Identificación	Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
DIEGO FERNANDO PEREZ PALMA		16793039	AÑO	MES	DÍA		
			1971	08	23	50	F
Actividad / Ocupación u Oficio que Desempeña (Detalle)		Dirección de la Residencia		Ciudad	Departamento	Telefono	
COMERCIO DE PRENDAS DE VESTIR (INCLUYE PRENDAS)		CL 58 NRO 93-199 TORRE 5B APTO 504		CALI	VALLE		
No de Celular	3217090417	Correo Electrónico	perezpalmadiego5@gmail.com				

BENEFICIARIOS DEL SEGURO			
NOMBRES Y APELLIDOS	NO IDENTIFICACION	PARENTESCO	PORCENTAJE
YULIETH LONDOÑO VINASCO	29182242	Esposo (a)	100.00 %

El número de identificación puede ser: cedula de ciudadanía (C.C.), Cedula de extranjería (C.E.), tarjeta de identidad (T.I.), registro civil (NUIP)

AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS	PLAN 1	SI	NO	PLAN 2	SI	NO	PLAN 3	SI	NO	PLAN 4	SI	NO
VIDA (Amparo Básico de Muerte) - Edad Máxima de Ingreso : 73 Años y 364 días permanencia - Indefinida	\$ 4,000,000		X	\$ 6,000,000		X	\$ 10,000,000		X	\$ 12,000,000	X	
Incapacidad Total Y Permanente - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días de permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4,000,000		X	\$ 6,000,000		X	\$ 10,000,000		X	\$ 12,000,000	X	
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días Permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4,000,000		X	\$ 6,000,000		X	\$ 10,000,000		X	\$ 12,000,000	X	
Renta Diaria por Hospitalización- Cobertura de 30 días con deducible de (1) día. Edades Máxima de Ingreso 64 años y 364 días Edad de Permanencia - 65 años y 364 días	\$ 25,000		X	\$ 35,000		X	\$ 50,000		X	\$ 60,000	X	

Asistencia - Orientación Jurídica Telefónica Se prestará el servicio de orientación jurídica telefónica al asegurado en caso inquietudes en las diferentes ramas jurídicas: Derecho laboral, Derecho de familia, Responsabilidad civil y Derecho civil. Esta orientación jurídica se realizará con base en la información suministrada por parte del asegurado. Se limita a conceptos básicos jurídicos, sin que se comprometa responsabilidad alguna sobre el proveedor de asistencia contratado por la aseguradora. De igual manera tampoco se puede entender que se constituyan como una acción o instancia judicial. Igualmente, no se garantizan los resultados de las acciones que adelante el asegurado con base en el concepto obtenido en la orientación jurídica telefónica brindada. Adicionalmente, a solicitud del asegurado se brindará asesoría en la elaboración y redacción de documentos legales. El tiempo máximo por llamada será de 30 minutos Para solicitar la asistencia marque el # 224.


PLAN ELEGIDO/PRIMA MENSUAL (Señale X)	\$ 5,500	\$ 8,250	\$ 13,750	\$ 16,500
				X

DECLARACION DE ASEGURADORA PARA VALORES SUPERIORES A 12,000,0001 CON COMULO HASTA \$24,000,000 EN UNA O VARIAS POLIZAS

	SI	NO
1. Según su leal saber y entender tiene o ha tenido padecimientos de índole cardiovascular (como ataques cardíacos, enfermedades de las arterias coronarias o de las válvulas del corazón, insuficiencia, falla cardíaca, infarto del miocardio u otros), o de índole neurológico (como hemorragias, trombosis aneurismas), o ha padecido o padece enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, leucemia, asma, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, cálculos, enfermedades de la sangre o los ganglios linfáticos, o padecimientos relacionados con el SIDA, o enfermedades mentales (como psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia). Indique en observaciones la afección o enfermedad, fecha de diagnóstico y tratamiento.		
2. Tiene algún defecto o limitación física o mental que incida en su estado de salud? Indique cuál		
3. Le han indicado la necesidad de alguna cirugía o tratamiento que no se ha realizado aún? Indique cuál		
4. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, como paracaidismo, motociclismo, carrera de karts, alas delta, parapente? Indique cuáles y periodicidad		
5. Solo para mujeres ¿Se encuentra en estado de embarazo o sufre algún trastorno ginecológico (tumores, enfermedades de los senos, ovarios, útero)?		

El cliente tendrá cobertura para los amparos de este seguro siempre y cuando cumpla con las edades de ingreso y permanencia aquí enunciadas para cada amparo"

Consulte clausulado general en el siguiente link <http://www.bmm.com.co/pdf/clausuladoSeguroFamiliaProtegida.pdf>, o escanea el código QR



Autorización de Tratamiento de Datos Personales: Autorizo a Liberty Seguros S.A. y La Libertad Compañía de Servicios e Inversiones SAS (Las Compañías) para que con fines, comerciales realicen envío de información de ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecerme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte, y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, Fasecolda e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a Las Compañías a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Las Compañías me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros), declaro que he sido informado de la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com.co o al teléfono 57 1 307 7050 de Bogotá.

Autorización de Historia Clínica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.

Autorización de renovación del contrato (Mediante este documento solicito, autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A. a renovarlo de manera automática por períodos iguales al inicialmente contratado, con los ajustes de prima a que haya lugar. No obstante lo anterior, declaro que conozco y acepto que Liberty, el tomador y/o asegurado podrán optar unilateralmente o de común acuerdo por la no renovación del seguro avisando con una antelación no menor a Treinta (30) días al vencimiento de la vigencia del seguro y/o certificado correspondiente, caso en el cual el seguro se extinguirá al vencimiento del término de la última vigencia.

Clausula de declaración de conocimiento de las condiciones que aplicarán al contrato de seguro que se solicita. Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, Forma 01/04/2022-1333-P-34-VGVMUNDOMUJER008-0R00 que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.

Declaro que conozco y acepto: que la firma y entrega de la presente solicitud certificado de seguro a LIBERTY SEGUROS S.A., no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que LIBERTY SEGUROS S.A., haga del mismo de manera expresa.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Autorización: Autorizo expresamente a Liberty, en el caso de afectarse el amparo de Renta Diaria por Hospitalización y de existir deuda con el Banco Mundo Mujer, el valor indemnizado sea girado al Banco como abono o pago total de la deuda.

Clausula de revocación por inclusión en listas restrictivas: Solicito desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud certificado, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando, en caso de ser incluido en las listas restrictivas OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de LIBERTY SEGUROS S.A.


POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

"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 EXIGIRLAS". (ARTÍCULO 1152 CÓDIGO DE COMERCIO)

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento en la Ciudad de CALI a los 24 días del mes de Mayo de 2022

LIBERTY SEGUROS S.A.

Firma Autorizada



FIRMA DEL ASEGURADO

C.C.No. 16793039

PRODUCTOS DE CRÉDITO										
TIPO DE PRODUCTO		<input type="checkbox"/> Microcrédito <input type="checkbox"/> Microcrédito Rural		<input checked="" type="checkbox"/> Pequeña Empresa <input type="checkbox"/> Agropecuario		<input type="checkbox"/> Consumo		TIPO DE SOLICITUD <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input checked="" type="checkbox"/> Paralelo <input type="checkbox"/> Otro		
TIPO DE VÍNCULO <input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge Codeudor <input type="checkbox"/> Codeudor		DESTINO DEL CRÉDITO		<input checked="" type="checkbox"/> Capital de trabajo <input type="checkbox"/> Activo fijo <input type="checkbox"/> Libre Inversión		VALOR SOLICITADO \$ 60.000.000				
PRODUCTOS DE AHORRO E INVERSIÓN Y OTROS SERVICIOS										
TIPO DE INTEGRACIÓN										
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunto <input type="checkbox"/> Alternativo										
APERTURA CUENTA DE AHORROS										
<input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Chikiteens <input type="checkbox"/> Renta más <input type="checkbox"/> Cuenta Tu Meta - Plazo _____ meses Ahorro Mensual \$ _____ Monto Apertura \$ _____										
CERTIFICADO DE DEPÓSITO A TÉRMINO										
NUEVO	TIPO DE CDT		FORMA DE CONSTITUCIÓN			PLAZO		TASA		
	<input type="checkbox"/> Materializado <input type="checkbox"/> Desmaterializado		<input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Débito Cuenta N° _____			_____ días		_____ %EA		
	PAGO DE INTERÉS					FORMA DE PAGO INTERESES				
	<input type="checkbox"/> Capitalizable <input type="checkbox"/> Al vencimiento <input type="checkbox"/> Periódico: _____					<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Cuenta ahorros BMM N° _____				
MANTENIMIENTO	N° CDT/OPERACIÓN		TIPO DE OPERACIÓN			CAMBIO DE INSTRUCCIONES				
			<input type="checkbox"/> Igual valor <input type="checkbox"/> Aumento K <input type="checkbox"/> Disminución K Valor \$ _____			<input type="checkbox"/> Capitalizar CDT (K+I) Nueva tasa de interés _____ %EA				
	TIPO DE CDT		INCREMENTO DE CAPITAL			PLAZO		<input type="checkbox"/> Prorroga Nueva tasa de interés _____ %EA		
	<input type="checkbox"/> Materializado <input type="checkbox"/> Desmaterializado		<input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Débito de la cuenta N° _____			_____ días		<input type="checkbox"/> Intereses cuenta por pagar CDT's <input type="checkbox"/> Intereses Cuenta Ahorro		
	PAGO DE INTERÉS					FORMA DE PAGO INTERESES				
	<input type="checkbox"/> Capitalizable <input type="checkbox"/> Al vencimiento <input type="checkbox"/> Periódico: _____					<input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Cuenta ahorros BMM N° _____				
OTROS SERVICIOS										
TARJETA DÉBITO					EXENCIÓN GMF (4 x 1.000)		NOVEDAD DE FIRMA		OTROS SERVICIOS	
<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Cambio de Tarjeta <input type="checkbox"/> Deterioro <input type="checkbox"/> Vencimiento <input type="checkbox"/> Perdida <input type="checkbox"/> Robo					<input type="checkbox"/> Cambio de clave <input type="checkbox"/> Cancelación		<input type="checkbox"/> Marcación <input type="checkbox"/> Desmarcación		<input type="checkbox"/> Actualizar <input type="checkbox"/> Adicionar <input type="checkbox"/> Eliminar	
Tarjeta Débito N°: _____									<input type="checkbox"/> Activación Cuenta <input type="checkbox"/> Actualización Datos <input type="checkbox"/> Débito automático entre cuentas	
DATOS PERSONALES										
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Registro civil-NUIP <input type="checkbox"/> Nacional CAN o DNI <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia <input type="checkbox"/> Carné Diplomático				No. DOCUMENTO 16793039 FECHA VENCIMIENTO DOC. IDENTIFICACIÓN _____				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO / TERCER NOMBRE				
PEREZ		PALMA		DIEGO		FERNANDO				
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL		PERSONAS A CARGO		
PAIS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		FECHA		<input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado		
COLOMBIA		VALLE		CALI		23 08 1971		COLOMBIA		
NIVEL EDUCATIVO		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado		PROFESIÓN		ADMINISTRADOR				
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA (Aplica únicamente para pensionados y clientes del pasivo)										
CIU		0		OFICIO		SECTOR		<input checked="" type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Producción <input type="checkbox"/> Servicios		
Vendedores, demostradores de tiendas y almacenes										
Es usted una persona con discapacidad (PcD) NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cual? _____										
CORREO ELECTRÓNICO		DIRECCIÓN DE VIVIENDA				ESTRATO		DEPARTAMENTO		
perezpalmadiego5@gmail.com		CL 58 NRO 93-199 TORRE 5B APTO 504				4		VALLE		
MUNICIPIO				BARRIO / VEREDA		CÓDIGO				
CALI				LILI		10200				
UBICACIÓN DE LA VIVIENDA						TELÉFONO FIJO DE VIVIENDA		TELÉFONO CELULAR		
unidad residencial terracota ciudad melendez								3217090417		
TIPO DE VIVIENDA		<input checked="" type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar		HABITADA DESDE		NOMBRE DEL ARRENDADOR (Si es alquilada)		TELÉFONO DEL ARRENDADOR		
(Aplica para crédito)				03 2021						
DATOS LABORALES										
(No aplica para pensionados e independientes)										
CARGO QUE OCUPA EN LA EMPRESA		NIT DE LA EMPRESA		NOMBRE DE LA EMPRESA						
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		BARRIO		CÓDIGO		TELÉFONO DE LA EMPRESA		
						0				
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TIPO DE CONTRATO		<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Obra o Labor <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios		FECHA INGRESO		DD MM AAAA		
UBICACIÓN DE LA EMPRESA		NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO		TELÉFONO CELULAR DEL JEFE INMEDIATO						
DATOS DE LA ACTIVIDAD O NEGOCIO										
(Diligenciar únicamente para crédito)										
NOMBRE DEL NEGOCIO				ACTIVIDAD ESPECÍFICA DEL NEGOCIO				CÓDIGO CIU		
CAPS STORE CALI				COMERCIO DE PRENDAS DE VESTIR (INCLUYE PRENDAS)				4771		
UBICACIÓN DEL NEGOCIO				FUNCIONAMIENTO DESDE				TIPO DE LOCAL / TERRENO		
<input checked="" type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/> Plaza de Mercado <input type="checkbox"/> Itinerante <input type="checkbox"/> Residencia				03 2019				<input type="checkbox"/> Propio <input checked="" type="checkbox"/> Alquilado <input type="checkbox"/> Familiar		
<input type="checkbox"/> RURAL <input checked="" type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Ambulante										
NEGOCIO EN DOMICILIO		DIRECCIÓN DEL NEGOCIO (no aplica si está en domicilio)		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		CR 4 NRO 14 69 LC 402		VALLE		CALI				
BARRIO/VEREDA		CÓDIGO		UBICACIÓN DEL NEGOCIO						
CENTRO		10016		CC COMERCIAL PLANETARIO						
TELÉFONO FIJO DEL NEGOCIO		TELÉFONO CELULAR		NOMBRE DEL ARRENDADOR (Si es alquilada)		TELÉFONO (S) DEL ARRENDADOR				
		3217090417		pedro ruiz		3104486423				

DATOS CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE					
(Obligación únicamente para crédito, cuando el cónyuge no firma como codueño o cuando firma y no aporta al crédito) (Opcional para pasivo)					
CÓNYUGE FIRMA CRÉDITO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia		No. DOCUMENTO FECHA VENCIMIENTO DOC. IDENTIFICACIÓN D U M M A A A A	
PRIMER APELLIDO Londoño		SEGUNDO APELLIDO Quintero		PRIMER NOMBRE Julieth	
TELÉFONO CELULAR 3103679761		Cónyuge vive con el Titular <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DILIGENCIAR ÚNICAMENTE CUANDO EL CÓNYUGE NO VIVA CON EL TITULAR	
		OFICIO Independiente		DIRECCIÓN DE VIVIENDA TELÉFONO FIJO DE VIVIENDA	
DATOS PERSONALES APODERADO, TUTOR, AUTORIZADO					
(Solo para productos del pasivo)					
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Permiso Especial de Permanencia <input type="checkbox"/> Nacional CAN o DNI <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Carné Diplomático				No. DOCUMENTO FECHA VENCIMIENTO DOC. IDENTIFICACIÓN	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
				SEGUNDO/TERCER NOMBRE	
PAÍS		DEPARTAMENTO		MUNICIPIO	
				BARRIO/VEREDA	
DIRECCIÓN DE VIVIENDA		TELÉFONO FIJO DE VIVIENDA		TELÉFONO CELULAR	
INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		218.482.222		TOTAL EGRESOS MENSUALES	
		\$ 206.000.000,00		206.429.312	
OTROS INGRESOS MENSUALES		—		TOTAL ACTIVOS	
		\$ 0,00		1196.700.000	
TOTAL INGRESOS MENSUALES		218.482.222		TOTAL PASIVOS	
		\$ 206.000.000,00		102.594.000	
Describa los otros ingresos diferentes a la actividad económica principal:					
VINCULADOS					
¿Tiene usted algún familiar empleado en el Banco Mundo Mujer S.A? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique el parentesco: Nombre: Cargo:					
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA					
Tiene otra actividad económica relacionada con <input type="checkbox"/> Extracción y comercialización de metales preciosos <input type="checkbox"/> Producción y comercialización de cannabis <input type="checkbox"/> Casinos y Juegos de suerte y azar <input type="checkbox"/> Prestamista <input type="checkbox"/> Ninguna					
¿Cuál es el propósito de la relación comercial? <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Capital de Trabajo <input type="checkbox"/> Manejo de recursos de su actividad económica <input type="checkbox"/> Medio usual para el manejo de sus recursos <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Liquidez <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Todos					
Estima recibir recursos de otros país País 1 Ciudad 1 Valor estimado de los movimientos mensuales en cuenta de ahorros: <input type="checkbox"/> \$0 - \$10.000.000 <input type="checkbox"/> \$30.000.000 - \$50.000.000					
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique: País 2 Ciudad 2 <input type="checkbox"/> \$10.000.000 - \$30.000.000 <input type="checkbox"/> > \$50.000.000					
País 3 Ciudad 3					
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES, FONDOS Y PERFIL DEL CLIENTE					
(Obligación única para crédito)					
Me permito declarar:					
1. Los bienes, vehículos, muebles, enseres, inmuebles y en general todo lo que poseo han sido adquiridos a través de: <input type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> No poseo bienes <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?					
2. Los recursos que destino para ahorros, inversiones de CDT o para el pago de las obligaciones, provienen de las siguientes fuentes:					
3. Declaro que los recursos que entregué no provienen de ninguna actividad ilícita.					
4. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con recursos provenientes de actividades ilícitas, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.					
PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE - PEPS					
¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo indique el cargo:		Fecha de vinculación al cargo o inicio de la actividad	
				Fecha de desvinculación al cargo	
				¿Es usted Representante legal de su organización internacional? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Es usted familiar de una Persona Públicamente Expuesta, en alguno de los siguientes grados de afinidad o consanguinidad? (Cónyuge, Hijos, Hijos adoptivos o adoptivos, Padres, Hermanos, Nietos, Abuelos, Suegros, Cuñados) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso de ser afirmativo indique el parentesco:					
INFORMACIÓN TRIBUTARIA FATCA - CRS					
Tiene obligaciones tributarias con países diferentes a Colombia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Cual(es)? 1 No. id Tributaria 2 No. id Tributaria			
AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS					
AUTORIZACIÓN CON FINALIDADES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL VÍNCULO CONTRACTUAL					
Manifiesto que me han sido debidamente explicadas las razones por las cuales el Banco requiere esta Autorización.					
Como titular de mi información personal, de manera previa, expresa y revocable, bajo el entendido que el Banco conservará la confidencialidad y la debida reserva bancaria, lo autorizo para que:					
1. Los datos que le he suministrado, incluyendo mis datos biométricos (entendidos estos como huellas dactilares, reconocimiento facial, reconocimiento vocal y/o exámenes de retina, entre otros), puedan ser incluidos, solicitados, recolectados, clasificados, catalogados, almacenados, administrados, usados, suprimidos, actualizados y rectificados en sus bases de datos con el fin de:					
i. Prevenir el fraude o mi suplantación					
ii. Ser utilizados como medio de prueba					
iii. Verificar mi identidad (incluso mediante biometría)					
iv. Realizar procesos de actualización de mi información					
v. Dar cumplimiento a las obligaciones que hemos pactado					
vi. Dar atención oportuna a mis peticiones, quejas y/o reclamos					
vii. Realizar estudios para efectuar análisis de perfil de riesgos y calificación de cartera					
viii. Realizar estudios mediante encuestas para conocer la calidad y el nivel de satisfacción de los productos o servicios que he adquirido, y/o hábitos, gustos e intereses.					
ix. Gestionar, mediante actividades de cobranza jurídica o pre-jurídica, el cobro y el recaudo de las obligaciones crediticias que he contraído					
x. Desarrollar los procesos que se requieran para la adecuada prestación de los productos y/o servicios que he adquirido					
xi. Consultar, reportar y actualizar la información y los datos relacionados con mi comportamiento financiero y comercial (cumplimiento de mis obligaciones contractuales)					
xii. Generar y/o enviar y/o entregar mensajería instantánea, correspondencia, mensajes y/o notificaciones mediante: llamada telefónica, mensaje de texto, mensaje de datos, correo electrónico, Facebook, Twitter, Instagram o cualquier red social de integración y/o otra mensajería ajustada a la Ley 527/99 haciendo uso de: correo electrónico, correo postal, teléfono fijo, celular, o medios similares					
xiii. Realizar análisis de fraude, corrupción y otras actividades ilegales, así como lavado de activos y financiación del terrorismo.					
2. Los datos que le he suministrado, puedan ser compartidos con las personas que, mediante contratos suscritos con el Banco, realicen las actividades o le presten los servicios anteriormente mencionados y que son necesarios para el adecuado desarrollo de nuestra relación contractual.					
Manifiesto que he sido informado que estas personas pueden ser compañías aseguradoras, intermediarios de seguros, casas de cobranza de cartera, compañías de compra de cartera, compañías que realizan avalúos, compañías que realizan procesamiento y administración de datos (centrales de riesgo), entidades que garantizan créditos, redes de bajo valor, corresponsales bancarios, entidades gremiales, encuestadoras, entidades financieras estatales de segundo piso, depósitos centralizados de valores, compañías que realizan actividades de autenticación biométrica, compañías que realizan actividades de educación financiera o aquellas que realizan, en nombre del Banco, promoción y venta de sus productos y servicios. Los nombres comerciales de estas entidades podrán ser consultados en la página web: www.bmm.com.co/pdf/Lista-Terceros.pdf					

AUTORIZACIÓN COMPLEMENTARIA CON FINALIDADES COMERCIALES

Manifiesto que he sido informado que si no otorgo una o todas las autorizaciones que se describen a continuación, ello no incidirá en el otorgamiento del producto o servicio financiero que estoy adquiriendo.

1. Como titular de mi información personal, de manera previa, expresa y revocable, bajo el entendido que el Banco conservará la confidencialidad y la debida reserva bancaria, lo autorizo para:

- a. Contactarme mediante visita, llamada telefónica, mensaje de texto, mensaje de datos, correo electrónico, cualquier red social de integración o mensajería instantánea y/u otra mensajería ajustada a la Ley 527/99, para el ofrecimiento de cualquier producto o servicio del Banco Mundo Mujer. SI ☒ NO ☐
2. Como titular de mi información personal, de manera previa, expresa y revocable, bajo el entendido que el Banco conservará la confidencialidad y la debida reserva bancaria, lo autorizo para compartir mis datos personales con los siguientes tipos de empresas con las cuales el Banco tiene relaciones comerciales o contractuales con sus respectivas finalidades:
- a. Encuestadoras. Para hacer estudios sobre mis gustos, hábitos e intereses: SI ☐ NO ☒
- b. Aseguradoras. Para que me ofrezcan servicios financieros complementarios al que he adquirido con el Banco: SI ☐ NO ☒
- c. Intermediarios de Seguros. Para que me ofrezcan bienes, productos o servicios financieros o no financieros complementarios al que he adquirido con el Banco: SI ☐ NO ☒
- d. Centrales de información financiera para actualizar mi información de ingresos: SI ☐ NO ☒
- e. Compañías de Tecnología que administran solicitudes de crédito. Para fines comerciales y estadísticos: SI ☐ NO ☒

Los nombres comerciales de estas entidades podrán ser consultadas en la página web: www.bmm.com.co/pdf/Listado-Terceros.pdf

Notas:

1. Me ha sido informado que la Política de Protección de Datos Personales implementada por el Banco Mundo Mujer S.A. la puedo consultar en la página web <https://www.bmm.com.co/politica-proteccion-datos.html>.
2. Me ha sido explicado que estas Autorizaciones son de carácter permanente y estarán vigentes hasta que yo decida revocarlas mediante comunicación escrita dirigida al Banco o diligenciando el formulario de PQR en nuestra página web: <https://www.bmm.com.co/pqr.html> y que podré hacerlo cuando no tenga el deber legal o contractual de estar en la base de datos del Banco.

LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES IMPLEMENTADA POR EL BANCO MUNDO MUJER S.A., PODRÁ SER CONSULTADA EN LA PÁGINA WEB WWW.BMM.COM.CO.

CANAL AUTORIZADO PARA ENVÍO DE INFORMACIÓN GENERAL Y NOTIFICACIONES

INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL DESARROLLO DEL VINCULO CONTRACTUAL

☒ Correo Electrónico ☒ Mensaje de Texto (SMS), cualquier mensaje de datos y cualquiera ajustado a la Ley 527/99 ☒ Cualquiera oficina del Banco ☒ Cualquiera de las mencionadas anteriormente

CONTACTO Y ENVIO DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA CON FINALIDADES COMERCIALES

☒ Vivienda ☒ Negocio ☐ Labora ☒ Correo Electrónico ☒ Teléfono fijo o celular ☒ Mensaje de Texto (SMS), cualquier mensaje de datos y cualquiera ajustado a la Ley 527/99 ☒ Cualquiera de las mencionadas anteriormente

AUTORIZACIONES

1. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., a realizar el desembolso del crédito en:

- ☐ Abono en Cuenta de ahorros BMM del titular del crédito N° _____ ☐ Cheque a nombre del titular del crédito ☐ Efectivo
- ☐ Abono en cuenta de ahorros BMM de un tercero N° _____ ☐ Cheque a favor de un tercero

2. La comisión correspondiente a la garantía adquirida con el Fondo Nacional de Garantías (FNG) o la garantía USAID será cancelada a través de:

- ☐ Débito de la cuenta de ahorros ☐ Pago en Efectivo en Caja

3. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., para debitar de mi cuenta el valor correspondiente a la cuota de mi crédito en las fechas establecidas (DAC). SI ☐ NO ☐

4. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a la cuota de manejo de la tarjeta débito autorizada en este formulario, el cual ha sido debidamente informado por el Banco y que se encuentra publicado en su página web. SI ☐ NO ☐

Cuenta de Ahorros

5. Autorizo al Banco Mundo Mujer adicionar al valor de la cuota del crédito la suma de \$ _____; el cual será abonado en la cuenta de ahorros del desembolso. (Crediahorro) SI ☐ NO ☐

6. Autorizo al Banco Mundo Mujer para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente al (los) seguro (s) obligatorio (s) de acuerdo con las Políticas del Banco SI ☐ NO ☐

7. Autorizo al Banco Mundo Mujer para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a los seguros voluntarios SI ☐ NO ☐

8. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A., para debitar de mi cuenta de ahorros el valor correspondiente a la cuenta de ahorros autorizada en este formulario, en la fecha establecida. SI ☐ NO ☐

CUENTA ORIGEN		CUENTA DESTINO				
Cuenta de Ahorros	Cuenta de Ahorros 1	Día DAC:	DD	MM	AAAA	Valor \$
Cuenta de Ahorros	Cuenta de Ahorros 1	Día DAC:	DD	MM	AAAA	Valor \$

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento.

Huella Dactilar

Huella Dactilar

FIRMA DEL CÓNYUGE (Aplica sólo para crédito)

ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DEL BMM

ENTREVISTADOR	FECHA VISITA Y/O ENTREVISTA	HORA	SOLICITUD VIABLE	CAUSAL DE RECHAZO
	09/12/22	1:00	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Declaro que he cumplido con la ejecución de todos los procesos establecidos para conocimiento y vinculación del cliente, incluida la entrevista y referenciación, para constancia firmo esta solicitud.				
FIRMA ENTREVISTADOR		CÓDIGO	USUARIO	
		5118	jaibarra	
AUTENTICACIÓN DE IDENTIDAD	Solicitante	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado	Causal	
	Cónyuge	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado	Causal	
DIRECTOR DE AGENCIA	Vo.Bo. RECHAZO	FECHA DE REACTIVACIÓN	Vo.Bo. REACTIVACIÓN	Vo.Bo. PEPS (Correo anexo Gerente Comercial Regional y formato PEPS)
		DD MM AAAA		
OPERACIONES	NÚMERO DE CUENTA	NÚMERO DE LA OPERACIÓN	FIRMA ASESOR DE SERVICIOS	
		NÚMERO DE LA SUB-OPERACIÓN		

FW 10/ AGOSTO 2021



Solicitud Certificado Seguro de Vida Grupo Deudores

FECHA DE SOLICITUD			Inicio de vigencia							
Día	Mes	Año	Fecha Inicial		Hora	Fecha Final		Hora		
09	12	22	Día	Mes	Año	Desde las	Día	Mes	Año	Hasta las
						00:00				00:00

TOMADOR	Póliza No.	Crédito número	
BANCO MUNDO MUJER S.A.	Identificación NIT: 900.768.933-8	CÓD. AGENCIA	NOMBRE AGENCIA

DATOS DEL SOLICITANTE									
Nombres y apellidos		No. de identificación		Fecha de nacimiento			Edad	Sexo	
Diego Fernando		16.793.039		23 08 71			51	F	M
Actividad / ocupación u oficio que desempeña (detalle)		Dirección de residencia		Ciudad		Departamento		Teléfono	
Cosechero		C/ 58 # 92-199		Cali		Valle			
No. de celular		Correo electrónico		Valor del crédito \$		Plazo del crédito No. meses			
321209413		percepalmadiego@gmail.com		68.000.000		18			

BENEFICIARIOS DEL SEGURO			
Nombres y apellidos	No. identificación	Parentesco	Porcentaje
BANCO MUNDO MUJER	900.768.933-8		Hasta por el saldo insoluto de la deuda
			% del excedente
			% del excedente
			% del excedente
			% del excedente

El número de identificación puede ser cédula de ciudadanía (C.C), cédula de extranjería, (C.E), tarjeta de identidad (T.I), registro civil (NUIP)

Forma de pago mensual					
Amparos otorgados a este seguro	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia	Sí	No
Vida (amparo básico de muerte)	18 Años	73 Años + 364 días	Hasta la finalización de la Deuda	x	
Incapacidad total y permanente	18 Años	72 Años + 364 días	Hasta la finalización de la deuda Máximo 74 Años + 364 días.	x	
Amparo de enfermedades graves como anticipo del amparo básico de vida al 70%	18 Años	64 Años + 364 días	67 Años + 364 días	x	
Anexo de asistencia médica telefónica	18 Años	73 Años + 364 días	Hasta la finalización de la Deuda	x	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
1. Según su leal saber y entender tiene o ha tenido padecimientos de índole cardiovascular (como ataques cardíacos, enfermedades de las arterias coronarias o de las válvulas del corazón, insuficiencia, falla cardíaca, infarto del miocardio u otros), o de índole neurológico (como hemorragias, trombosis, aneurismas), o ha padecido o padece enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, leucemia, asma, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, cálculos, enfermedades de la sangre o los ganglios linfáticos, o padecimientos relacionados con el Sida, o enfermedades mentales (como psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia) Indique en observaciones la afección o enfermedad, fecha de diagnóstico y tratamiento.	SI No
2. Tiene algún defecto o limitación física o mental que incida en su estado de salud? Indique cuál	SI No
3. Le han indicado la necesidad de alguna cirugía o tratamiento que no se ha realizado aún? Indique cuál	SI No
4. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, como paracaidismo, motociclismo, carrera de karts, alas delta, parapente? Indique cuáles y periodicidad	SI No
5. Solo para mujeres. ¿Se encuentra en estado de embarazo o sufre algún trastorno ginecológico (tumores o enfermedades de los senos, ovarios, útero)?	SI No

IMPORTANTE: a. Este documento es una solicitud de seguro. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de la aseguradora, casos en los cuales se notificará al solicitante por escrito. La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. La vigencia de la cobertura individual para cada uno de los asegurados corresponderá al periodo de existencia del crédito, incluyendo prórrogas, refinanciaciones, renovaciones, unificaciones y ampliaciones. No obstante dicha duración de cobertura está limitada al periodo de vigencia del programa de seguros y a las disposiciones que se adopten en relación con las primas impagadas que el tomador llegare a asumir.

b. Además de las causales de terminación contempladas en la ley, el presente seguro termina cuando: 1. Por la falta de pago de la prima, vencido un plazo de 30 días calendario. 2. Cuando tu o el Banco Mundo Mujer S.A. revoquen por escrito la póliza. 3. Cuando dejes de pertenecer al grupo asegurado. 4. Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente. 5. Cuando AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. te indemnice por la cobertura de incapacidad total y permanente.

c. En virtud de las disposiciones legales y normativas en materia de PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES, te recomendamos mantenerte informado al respecto consultando de forma periódica nuestro portal web: <https://www.axacolpatria.co/portal/SAC/ArticleId/78/smid/413/ArticleCategory/20/Aviso-de-Privacidad>, o en defensoria@consueloalero.com

d. Te recomendamos consultar todas las condiciones generales de la presente póliza, ingresando a través de www.axacolpatria.com

DECLARACIONES: Declaro:

PRIMERO - Autenticidad de los datos: Que lo anotado en esta solicitud de seguro es verídico.

SEGUNDO - Actividades Lícitas: Que las actividades a las que me dedico son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y no generan ningún riesgo ni amenaza contra mi vida.

TERCERO - Vigencia del seguro: Que entiendo que la duración de la vigencia del seguro respecto de cada asegurado, dependerá de la periodicidad de pago de la prima. Este seguro se renovará automáticamente por el mismo periodo inicialmente contratado, siempre que se realice el pago de la prima, o podrá rechazarse su renovación solicitando la revocación del seguro antes de que se renueve de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

CUARTO - Que he leído, revisado, entendido y recibido todas y cada una de las condiciones de la presente carátula y el clausulado de la póliza, que conozco su contenido, cuáles son mis deberes, obligaciones, derechos, los costos y gastos que le son inherentes y sus consecuencias legales y con mi firma acepto íntegramente su contenido.

QUINTO - Compañía responsable del seguro: Que entiendo y acepto que este seguro es un producto emitido y administrado por AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.

AUTORIZACIONES: a. Autorizo al Banco Mundo Mujer S.A. para que me incluya en la presente póliza de Vida Grupo.

b. Autorizo a AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. para que trate los datos que he consignado en la presente solicitud de seguro, de conformidad con su política de tratamiento de datos personales que ha establecido para tales efectos. Sin embargo, AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. solo podrá tratar estos datos personales para el desarrollo y/o mantenimiento del presente contrato de seguro. La política de tratamiento de datos personales de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. puede ser consultada en la página web: www.axacolpatria.com, ingresando al enlace: servicio al cliente / protección de datos.

c. Autorización Historia Clínica: Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981 o cualquier otra norma que la desarrolle, complemente, amplíe, modifique o reemplace, autorizo expresamente a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. o a cualquiera que esta designe, para verificar y/o solicitar ante cualquier médico o institución clínica, médica u hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva o carta dental. Esta autorización comprende igualmente la facultad para obtener copia certificada de mi historia clínica aún después de mi fallecimiento.

d. El envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales.

e. Autorizo a AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. para que, con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

En caso de ser aceptado el seguro aplican las condiciones generales de la póliza de seguro de vida Grupo 10/12/2020-1404-P-34-V1600/DICIE/2020-D001 depositadas en la Superintendencia Financiera y las condiciones particulares del presente programa de seguros que se encuentran al respaldo.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20__.

AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

FIRMA DEL SOLICITANTE
C.No. 16793039

SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO LO DESEA TOMAR:										SI	NO
FECHA DE SOLICITUD			INICIO DE VIGENCIA						SUC-108-LIBERTY SEGUROS S.A.		
			Fecha Inicial			Fecha Final					
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA			
20	12	07									

TOMADOR		Numero seguro	
IDENTIFICACIÓN:		NOMBRE AGENCIA	

Nombres y Apellidos		No de identificación		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
Diego Fernando Perez		16793.039		71 08 23		51	F	
Actividad / Ocupación u Oficio que Desempeña (Detalle)		Dirección de la Residencia		Ciudad		Departamento		Teléfono
		Calle 58 E 92-199		Cali		Valle		
No de Celular		Correo Electrónico						
32136014								

NOMBRES Y APELLIDOS		NO IDENTIFICACION		PARENTESCO		PORCENTAJE	
Hulieith Londono		29182-242		Esposa			
El numero de identificación puede ser: cedula de ciudadanía (C.C), Cedula de extranjería (C.E), tarjeta de identidad (T.I), registro civil (NUIP)							

AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS	PLAN 1	SI	NO	PLAN 2	SI	NO	PLAN 3	SI	NO	PLAN 4	SI	NO
VIDA (Amparo Básico de Muerte) - Edad Máxima de Ingreso : 73 Años y 364 días.												
Permanencia - Indefinida	\$ 4.000.000			\$ 6.000.000			\$ 10.000.000			\$ 12.000.000		
Incapacidad Total Y Permanente - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días.												
De permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4.000.000			\$ 6.000.000			\$ 10.000.000			\$ 12.000.000		
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días												
Permanencia - 74 años y 364 días	\$ 4.000.000			\$ 6.000.000			\$ 10.000.000			\$ 12.000.000		
Renta Diaria por Hospitalización- Cobertura de 30 días con deducible de (1) día. Edades Máxima de Ingreso 64 años y 364 días												
Edad de Permanencia - 65 años y 364 días	\$ 25.000			\$ 35.000			\$ 50.000			\$ 60.000		

PLAN ELEGIDO/PRIMA MENSUAL (Señale X)			
PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
\$ 6.810	\$ 8.715	\$ 14.625	\$ 17.430

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
1. Según su leal saber y entender tiene o ha tenido padecimientos de índole cardiovascular (como ataques cardíacos, enfermedades de las arterias coronarias o de las válvulas del corazón, insuficiencia, falla cardíaca, infarto del miocardio u otros), o de índole neurológico (como hemorragias, trombosis, aneurismas), o ha padecido o padece enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, leucemia, asma, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, cálculos, enfermedades de la sangre o los ganglios linfáticos, o padecimientos relacionados con el Sida, o enfermedades mentales (como psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia) Indique en Observaciones la afección o enfermedad, fecha de diagnóstico y tratamiento.	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Tiene algún defecto o limitación física o mental que incida en su estado de salud? Indique cuál	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Le han indicado la necesidad de alguna cirugía o tratamiento que no se ha realizado aún? Indique cuál	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, como paracaidismo, motociclismo, carrera de karts, alas delta, parapente? Indique cuáles y periodicidad	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Solo para mujeres. ¿Se encuentra en estado de embarazo o sufre algún trastorno ginecológico (tumores o enfermedades de los senos, ovarios, útero)?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

El cliente tendrá cobertura para los amparos de este seguro siempre y cuando cumpla con las edades de ingreso y permanencia aquí enunciadas para cada amparo"

Consulte clausulado general en el siguiente link <https://www.bnm.com.co/pdf/ClausuladoPolizadeSegurodevidaColectivoFamiliaProtegida2022.pdf> o escanea el código QR



Autorización de Tratamiento de Datos Personales: Autorizo a Liberty Seguros S.A. y La Libertad Compañía de Servicios e Inversiones SAS (Las Compañías) para que con fines, comerciales realicen envío de información de ofertas/cofzaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecermme otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte, y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, Fasecolda e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a Las Compañías a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Las Compañías me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros), declaro que he sido informado de la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 601- 307 7050 de Bogotá.

Autorización de Historia Clínica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A. . Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aún después de mi fallecimiento.

Cláusula de declaración de conocimiento de las condiciones que aplicarían al contrato de seguro que se solicita. Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, Forma 01/04/2022-1333-P-34-VGMUNDOMUJER008-0R00 que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.

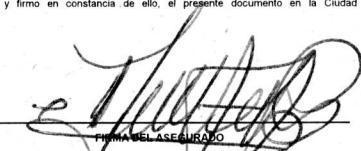

Declaro que conozco y acepto: Que la firma y entrega de la presente solicitud certificado de seguro a LIBERTY SEGUROS S.A. , no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que LIBERTY SEGUROS S.A. , haga del mismo de manera expresa.

Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.

Autorización: Autorizo expresamente a Liberty , en el caso de afectarse el amparo de Renta Diaria por Hospitalización y de existir deuda con el Banco Mundo Mujer, el valor indemnizado sea girado al Banco como abono o pago total de la deuda.

Cláusula de revocación por inclusión en listas restrictivas: Solicito desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud certificado, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando, en caso de ser incluido en las listas restrictivas OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de LIBERTY SEGUROS S.A.

POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.

"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 EXIGIRLAS". (ARTÍCULO 1162 CÓDIGO DE COMERCIO)	
Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento en la Ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20_____.	 FIRMA DEL ASEGURADO C.No. 167930391071
 LIBERTY SEGUROS S.A. Firma Autorizada	



PAGARÉ A FAVOR DEL BANCO MUNDO MUJER
NIT. 900.768.933-8



- | | |
|---|--------------------------|
| 1. PAGARÉ No.: 7256994 | 5. PLAZO DEL CRÉDITO: |
| 2. VALOR TOTAL DE LA DEUDA (incluye todos los conceptos adeudados): | 6. FECHA DE VENCIMIENTO: |
| 3. TASA DE INTERÉS CORRIENTE EFECTIVA ANUAL (E.A.): | |
| 4. LUGAR PARA EL PAGO DEL CRÉDITO: | |

Yo (Nosotros), PEREZ PALMA DIEGO FERNANDO mayor de edad, vecino(a) de CALI e identificado con CEDULA CIUDADANIA Nro. 16793039 expedida en LA CUMBRE/VALLE; y

Yo (Nosotros), LONDOÑO VINASCO YULIETH mayor de edad, vecino (a) de CALI e identificado con CEDULA CIUDADANIA Nro. 29182242 expedida en CALI/VALLE; y

quien(es) en adelante me (nos) denominaré (denominaremos) EL (LOS) DEUDOR (ES), por medio del presente pagaré hago (hacemos) constar: PRIMERO: Que me (nos) obligo (obligamos) a PAGAR en forma incondicional, indivisible y solidaria en dinero en efectivo a la orden del BANCO MUNDO MUJER S.A. o de quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de ACREEDOR la suma de dinero que se menciona en el numeral 2. (Valor total de la deuda) del encabezamiento de este documento, que declaro(amos) haber recibido a título de mutuo o préstamo. SEGUNDO: Me (nos) obligo (obligamos) a pagar el valor concerniente al capital, intereses corrientes, (contenidos en el numeral 3 del encabezado (Tasa de Interés Corriente Efectiva Anual)), conceptos de comisiones, tarifas de registro de garantías, honorarios de cobranza, y/o seguro (s), más IVA, cobrados en forma vencida sobre el capital insoluto en la(s) tasa(s) arriba citadas y discriminadas en cuotas en los montos y fechas fijadas por el sistema del BANCO MUNDO MUJER S.A., o conforme al Plan de Pagos o al documento o valor aplicable dentro del término de plazo hasta la cancelación total. Cuando la fecha de vencimiento del pago de uno de los abonos y/o cuotas deba hacerse en un día no hábil, me (nos) obligo (obligamos) a cancelar dicha cuota el día hábil inmediatamente siguiente al de la fecha de vencimiento. TERCERO: Igualmente me (nos) obligo (obligamos) a pagar el _____% anual calculado por concepto de comisiones y/o honorarios autorizados por el artículo 39 Ley 590/00, cobrados en forma vencida sobre capital insoluto en la fecha(s) fijada(s), el cual acepto (aceptamos) y constituye parte integral del presente pagaré. CUARTO: Sin perjuicio de las acciones legales del Banco, en caso de mora y durante la misma, los intereses moratorios causados serán una y media vez la tasa de interés corriente pactada, sin exceder el máximo legal permitido, desde el día de retardo y hasta el día de la verificación total de la obligación, como también de las obligaciones accesorias a que haya lugar, sin necesidad de requerimiento judicial o constitución en mora o requerimiento previo, a los cuales desde ya renuncio (amos) o excusa presentación para el pago, el aviso de rechazo. Se pacta expresamente que los intereses pendientes se producirán en los términos del artículo 886 del código de comercio. QUINTO: Que en caso de cobro judicial o extrajudicial de este pagaré serán de mi (nuestra) cuenta todos los gastos y costas que se ocasionen por la cobranza judicial o extrajudicial. En el evento de cobro judicial los gastos no se limitaran a las costas judiciales que decreta el Juez, sino también serán de mi (nuestro) cargo todos los honorarios del (los) abogado(s) contratado(s) por el ACREEDOR para el respectivo cobro. PARAGRAFO: Todos los impuestos que se causen por la suscripción de este pagaré serán igualmente a cargo de EL (LOS) DEUDOR(ES), salvo que la normatividad tributaria determine un sujeto pasivo distinto. SEXTO: Que conozco (conocemos) de antemano el derecho que le asiste al ACREEDOR, para que en los eventos que a continuación se detallan, pueda declarar vencido el plazo y de esta manera exigir anticipadamente, extrajudicial o judicialmente, sin necesidad de requerimiento alguno el pago de la totalidad del saldo insoluto de la obligación incorporada en el presente pagaré, por concepto de capital, intereses corrientes, intereses moratorios, comisiones, accesorios, los gastos de cobranza, incluyendo los honorarios de los abogados que hayan sido pactados por EL ACREEDOR y demás obligaciones a mi (nuestro) cargo constituidas a favor del ACREEDOR: a) Si se presenta mora en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones que directa o indirectamente tenga (mos) con el ACREEDOR. En dicho caso se extinguirá automáticamente el plazo concedido, haciéndose exigible el monto total de las obligaciones. EL ACREEDOR podrá restituirme (nos) el plazo, para lo cual podrá exigir el pago de las cuotas vencidas junto con la totalidad de intereses causados hasta la fecha en que se haga el respectivo pago, comisiones, honorarios de abogado que por mi (nuestra) cuenta hayan sido pagados por el ACREEDOR; b) Si soy (somos) demandado por cualquier persona natural o jurídica; c) Si se promueve proceso de concurso de acreedores, concordato, liquidación, oferta de cesión de bienes, cierre o abandono de los negocios o en el evento en que me (nos) encuentre (encontremos) en notorio estado de insolvencia; d) El giro de cheque sin provisión de fondos por uno o cualquiera de los deudores; e) Si los bienes dados en garantía se demeritan, se gravan, enajenan en todo o en parte, o dejan de ser garantía suficiente; f) Si cometo(cometemos) inexactitudes en balances, informes, declaraciones o documentos presentados al ACREEDOR; g) Muerte de uno cualquiera de los DEUDORES, h) En los demás casos de Ley. SÉPTIMO: Que expresamente autorizo (autorizamos) irrevocablemente al ACREEDOR para llevar el control de los abonos del crédito que me (nos) fue otorgado en el cuerpo del presente título valor y/o en hoja adicional y/o en registros sistematizados. OCTAVO: EL BANCO MUNDO MUJER S.A. tendrá el derecho de dirigirse indistintamente contra cualquiera de los obligados en virtud del presente instrumento, sin necesidad de notificar a otros otorgantes de este título valor. Además entre los deudores nos conferimos poder de representación recíproca, en

consecuencia en caso de que se acuerde una prórroga del plazo, la reestructuración de la deuda, cambio en las condiciones iniciales (por solicitud del cliente) o la modificación y/o aclaración de cualquiera de las condiciones pactadas con uno solo de nosotros se mantendrá la solidaridad que adquirimos respecto de las obligaciones derivadas de este pagaré, con respecto al alcance y contenido de las obligaciones nuevas que se adquieran. NOVENO: El Banco queda autorizado para debitar todas las sumas de dinero adeudadas, tales como capital, intereses corrientes, intereses moratorios, impuestos, costos, gastos de la cobranza prejudicial, judicial, de la cuenta(s) de ahorros, de cualquier depósito o suma de dinero que exista a mi (nuestro) nombre en el BANCO MUNDO MUJER S.A. DECIMO: En los eventos que se garanticen deudas con hipoteca sobre un bien inmueble, el (los) DEUDOR (ES) se obliga (n) a contratar y mantener siempre vigente(s) durante toda la vida del crédito, una póliza de seguro de incendio, terremoto, AMIT para la debida protección del inmueble, designando como primer beneficiario al Banco Mundo Mujer S.A. y en caso de no renovar dicha póliza, autorizo (amos) al ACREEDOR para contratar a mi (nuestro) cargo en la misma o en otras compañías, el respectivo seguro y cobrarlo en el crédito. Asimismo, manifiesto (amos) que todos los gastos necesarios y cargas cubiertas por el ACREEDOR para la renovación serán pagadas por mi (nosotros) y constituirán un gravamen sobre la propiedad hipotecada, pagadero con intereses desde que se hizo el gasto, como parte de las sumas aseguradas con la hipoteca. DECIMO PRIMERO: En los eventos que Banco Mundo Mujer S.A., deba efectuar el reintegro de sumas de dinero, autorizo (autorizamos) la realización del proceso de transferencia de dicho (s) monto (s) a través del abono en la cuenta de ahorros del Banco Mundo Mujer S.A. en que actualmente soy (somos) titular (es). DECIMO SEGUNDO: Acepto (Aceptamos) y autorizo (autorizamos) cualquier endoso o cesión que el BANCO MUNDO MUJER S.A. hiciera del presente pagaré sin necesidad de su notificación. Acepto (Aceptamos) y autorizo (autorizamos) al BANCO MUNDO MUJER S.A. o a quien represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor para reportar, procesar, solicitar, consultar, suministrar y divulgar a las entidades públicas o privadas que administren o manejen bases de datos, sobre mi (nuestro) comportamiento crediticio, hábitos de pago y cumplimiento o no de mi (nuestras) obligaciones. DECIMO TERCERO: Expreso (amos) mi (nuestra) conformidad con el contenido de las obligaciones Ambientales y Sociales definidas por el BANCO MUNDO MUJER S.A. y que se encuentran a mi (nuestra) disposición en la página web del Banco www.bmm.com.co, comprometiéndome (nos) a su cumplimiento. DECIMO CUARTO: Este pagaré podrá ser diligenciado por el BANCO MUNDO MUJER S.A., según las instrucciones impartidas por mi (nosotros) en la Carta de Instrucciones que se encuentra adjunta con este pagaré de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 inciso 2 del Código de Comercio.

Para constancia se firma por el (los) otorgante (s) en _____, _____ el día _____ de _____ de _____ (____). _____

DEUDOR

Nombre: DIEGO FERNANDO
Apellidos: PEREZ PALMA
CEDULA CIUDADANIA No. 16793039
Exp. En LA CUMBRE/VALLE
DIRECCIÓN
RESIDENCIA: CARRERA N° 93-199 TERRACOTA B
CELULAR: 3217090417 APTO 504 T. 5

DEUDOR

Nombre: YULIETH
Apellidos: LONDOÑO VINASCO
CEDULA CIUDADANIA No. 29182242
Exp. En CALI/VALLE
DIRECCIÓN
RESIDENCIA: CALLE 58 # 93-199, Terracota B.
CELULAR: 310367976 APT 504 TORO 5.



CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE EN BLANCO

CALI. DIECINUEVE de DICIEMBRE de DOS MIL VEINTIDOS

Señores
BANCO MUNDO MUJER S.A.
Ciudad.

REF: CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL PAGARE EN BLANCO No. 7256994,
QUE EN ESTA FECHA HE (HEMOS) OTORGADO Y ENTREGADO A SU ORDEN.

Yo (Nosotros), PEREZ PALMA DIEGO FERNANDO, mayor de edad, vecino (a) de CALI Identificado con la C.C. Nro. 16793039
Expedida en LA CUMBRE/VALLE; y

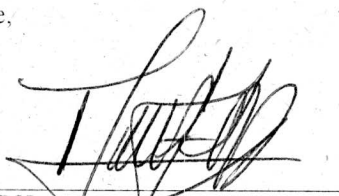
Yo (Nosotros), LONDOÑO VINASCO YULIETH, mayor de edad, vecino (a) de CALI Identificado con la C.C. Nro. 29182242
Expedida en CALI/VALLE;

persona(s) mayor(es), identificado(s) como aparece al pie de mi (nuestras) firma(s), por medio de la presente manifiesto (manifestamos) que de conformidad con el artículo 622 del Código de Comercio, en forma irrevocable autorizo (autorizamos) al BANCO MUNDO MUJER S.A. con Nit. 900768933-8 o su futuro tenedor, para diligenciar los espacios en blanco del pagaré de la referencia, sin necesidad de previo aviso conforme a las siguientes instrucciones:

1. Se incorporaran en el pagaré firmado con espacios en blanco objeto de estas instrucciones toda(s) la(s) obligación(es) existente(s) con el BANCO MUNDO MUJER S.A., incluyéndose en dicho importe no solo el capital, sino intereses, gastos, comisiones, honorarios, impuestos, y demás conceptos autorizados por la ley, que figuren a mi (a nuestro) cargo, al momento de diligenciarse el pagaré, pues el incumplimiento de una, o varias obligación(es) a mi (a nuestro) cargo acarrea la aceleración de la fecha de vencimiento de la(s) mismas, en consecuencia, El Banco Mundo Mujer S.A., queda facultado en el momento en el que incurra (mos) en mora en el pago de una o más cuotas, de la obligación principal y/o accesorias contraídas y respaldada con el presente pagaré, para diligenciar los espacios en blanco. El diligenciamiento se hará, por todo o menos a discreción del tenedor, de lo que en libros y demás documentos de la acreedora deba (mos) por cualquier concepto todos o algunos de nosotros.
2. En tanto sea (seamos) su(s) deudor(es), aceptante(s), cualquier, tenedor puede completar el pagaré. Este diligenciamiento puede hacerse de una vez por el tenedor, o ser endosado por éste, para que otro u otros endosatorios sucesivos lo completen.
3. Como otorgantes podrán ser incluidos todos o algunos de los que hemos firmado como tales. En caso de no ser incluidos todos, los demás que aparecemos como firmantes, nos obligamos en calidad de avalistas del otorgante.
4. El Banco Mundo Mujer S.A., podrá diligenciar los espacios en blanco del pagaré en cualquiera de los siguientes eventos: a) El no pago oportuno de cualquier suma de dinero, efectivo, que de manera conjunta, separadamente deba (debiéramos) al Banco Mundo Mujer S.A., por concepto de capital, intereses capitalizados, corrientes y/o de mora, primas de seguros, honorarios, impuestos, comisiones, gastos de cobranza extrajudicial y/o judicial o cualquier otro derivados de cualquier operación activa de crédito. b) La admisión y/o declaratoria de cualquiera de los obligados en el pagaré, firmantes de esta carta, en cualquier proceso o trámite de índole concursal o liquidatorio, o acuerdo de promoción de pagos, proceso de declaración de insolvencia empresarial, proceso de declaración de insolvencia de persona natural no comerciante. c) La insolvencia de cualquiera de los firmantes de esta carta o la verificación de cualquier hecho, que coloque alguno de estos, en circunstancias que dificulten y/o imposibiliten el cumplimiento de sus obligaciones de manera parcial y/o total, con el Banco Mundo Mujer S.A. d) La muerte, declaración de interdicción de cualquiera de los firmantes. e) Si los bienes de cualquiera de los deudores, firmantes de esta carta, son embargados o perseguidos en ejercicio de cualquier acción o se demeritaren o depreciaren de modo que dejen de ser suficiente garantía para el Banco Mundo Mujer S.A. f) Si cualquiera de los firmantes de esta carta comete inexactitudes, reticencia, imprecisiones o fraude en balances, libros contables, certificaciones, informes o declaraciones que suministre a funcionario competente del Banco Mundo Mujer S.A., que conlleve a inducirlo en error, en la aprobación y desembolso de crédito. g) En los demás casos de Ley.
5. El espacio reservado para el número del pagaré será el que corresponda al consecutivo que lleve el Banco.
6. En el espacio reservado para valor del crédito o capital, se incorporará la suma que por dicho concepto deba (mos) a la fecha de diligenciamiento del pagaré y que conforme a la contabilidad, libros, registros, comprobantes de contabilidad, y del sistema del Banco Mundo Mujer S.A., le resulte (mos) a deber por concepto de deudas exigibles no contenidas en documentos que presten mérito ejecutivo al momento de entablar las acciones legales del caso, tendiente a obtener el pago.
7. El espacio reservado para el numeral 3 del Pagaré que corresponde a los intereses corrientes y de mora, se diligenciará con la suma de dinero que por concepto de los intereses mencionados este(mos) adeudando al Banco el día que sea diligenciado el pagaré, de acuerdo con lo establecido en el plan de pagos y los registros contables de EL BANCO y que se hayan causado a la fecha de diligenciamiento del pagaré.

8. El espacio reservado para lugar para pago de crédito, se diligenciará con aquella ciudad y oficina en la que el Banco ha otorgado y desembolsado el(los) crédito(s).
9. El espacio reservado para fecha de vencimiento, se diligenciará con la fecha del diligenciamiento del pagaré.
10. La fecha de pago de intereses corrientes, comisiones, iva, seguro(s) y los abonos de capital, al igual que el monto será conforme a lo establecido por el BANCO MUNDO MUJER S.A., en el plan de pagos de capital fijado por el sistema de la entidad, dentro de los plazos del crédito, contenidos en el pagaré, o en documentos anexos en los que se fija montos, términos, cuotas en periodos de tiempo distribuida (s) en el Plan de Pagos que fije la entidad acreedora o tenedor del título valor, el cual acojo (acogemos) íntegramente en todos sus términos, por contener una obligación clara, expresa y exigible y constituye parte del título valor en mención.
11. El Banco Mundo Mujer S.A., conforme a esta carta de instrucciones, no requiere dar aviso previo a los firmantes del pagare, para diligenciar los espacios en blanco.
12. Dejo (dejamos) constancia que el Banco Mundo Mujer S.A. me (nos) ha hecho entrega de una copia del presente documento.

Atentamente,



DEUDOR
Nombre: DIEGO FERNANDO
Apellidos: PEREZ PALMA
C.C. No. 16793039

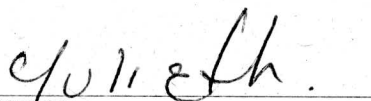
Exp. En LA CUMBRE/VALLE

DIRECCIÓN

RESIDENCIA:

CELULAR:

CALLE 58 N° 93-199 TERRACOTA B
APT 504 T.5
321709047



DEUDOR
Nombre: YULIETH
Apellidos: LONDOÑO VINASCO
C.C. No. 29182242

Exp. En CALI/VALLE

DIRECCIÓN

RESIDENCIA:

CELULAR:

CALLE 58 #93-199.- terracota B AP 504 T.5.
3103679761

Detalle de pagos

Número de crédito	Nombre del cliente	Producto	Monto del crédito	Plazo total del crédito en meses	Tasa de Interés E.A.	Tasa de Mora E.A.	Estado	Fecha de desembolso del crédito	Fecha de vencimiento del crédito
7256994	DIEGO FERNANDO PEREZ PALMA	CREDI Empresa Cial	60,000,000	18	28,75	34,96	EN MORA	19/12/2022	15/06/2024

Fecha de Pago	No. de Cuota	Valor pagado	Capital	Intereses corrientes	Intereses de mora	Intereses de mora condonados	Seguro de deuda (normal y extraprima)	Seguro de incendio y terremoto	Seguro Codeudor	Comisión	IVA sobre comisiones	Saldo a capital	Días de atraso
17/01/2023	1	4,119,698.79	2,929,471.51	1,106,654.88	5,648.79	0.00	56,524.00	0.00	0.00	17,983.00	3,416.77	57,070,528.33	2
17/01/2023	2	30,301.21	0.00	0.00	0.00	0.00	30,301.21	0.00	0.00	0.00	0.00	57,070,528.49	0
28/02/2023	2	4,106,409.43	2,821,561.39	1,214,565.00	35,364.64	0.00	34,918.79	0.00	0.00	0.00	0.00	54,248,966.71	13
28/02/2023	3	143,590.57	0.00	78,370.96	0.00	0.00	65,220.00	0.00	0.00	0.00	0.00	54,248,966.71	0
30/03/2023	3	3,999,429.19	2,881,609.37	1,076,146.06	41,673.76	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	51,367,357.73	15
30/03/2023	4	200,570.81	0.00	135,351.20	0.00	0.00	65,220.00	0.00	0.00	0.00	0.00	51,367,357.34	0
28/04/2023	4	3,937,661.09	2,942,935.27	957,839.92	36,885.90	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	48,424,422.46	13
28/04/2023	5	262,338.91	0.00	197,119.30	0.00	0.00	65,220.00	0.00	0.00	0.00	0.00	48,424,422.07	0
15/06/2023	5	3,928,837.70	3,005,566.31	833,440.78	89,830.61	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	45,418,856.15	31
15/06/2023	6	1,162.30	0.00	0.00	0.00	0.00	1,162.30	0.00	0.00	0.00	0.00	45,418,856.15	0
27/07/2023	6	4,224,479.81	3,069,530.24	966,596.15	124,296.11	0.00	64,057.70	0.00	0.00	0.00	0.00	42,349,325.52	42
27/07/2023	7	520.19	0.00	0.00	0.00	0.00	520.19	0.00	0.00	0.00	0.00	42,349,325.91	0
Total:		24,955,000.00	17,650,674.09	6,566,084.25	333,699.81	0.00	383,142.08	0.00	0.00	17.983,00	3,416.77		116

Detalle de pagos

Número de cuotas pendientes de pago	12
SALDO TOTAL DE SU CRÉDITO A LA FECHA DE GENERACIÓN:	
Saldo Capital	42,349,325.91
Más Intereses Corrientes	5,347,421.08
Más Intereses Mora	2,675,741.69
Más Seguro de deuda	538,631.81
Más Seguro Incendio y Terremoto	0.00
Más Seguro codeudor	0.00
Más Comisiones	0.00
Más IVA	0.00
TOTAL:	50,911,120.49
El valor de los intereses corrientes mencionados en este saldo están calculados a la fecha de generación de este documento	

Estimado cliente, recuerde que:


- * Los productos de crédito no se encuentran amparados por un seguro de depósitos de Fogafin.
- * Si desea realizar el pago total de su crédito, consulte el valor total a pagar y pague el mismo día en las cajas de cualquier oficina del Banco. El valor del saldo a la fecha de corte, puede cambiar por cada día que pasa, debido a los intereses corrientes y/o de mora.
- * Si desea realizar abonos a capital, podrá hacerlo escogiendo entre dos opciones: disminuir plazo o disminuir el valor de la cuota, y podrá hacerlo únicamente en las cajas de cualquier oficina del Banco; infórmele al cajero cómo quiere aplicar su pago.
- * Los pagos de cuotas de su crédito podrá hacerlos en cualquier oficina del Banco o en nuestros corresponsales bancarios y convenios de recaudo; tenga en cuenta que cuando pague en corresponsales y convenios deberá cancelar el valor por comisión de recaudo. Consulte corresponsales, convenios y tarifas en: www.bmm.com.co
- * Mundo Mujer El Banco de La Comunidad cuenta con el Defensor del Consumidor Financiero, Principal Dr. Luis Humberto Ustáriz González, Suplente Dr. José Federico Ustáriz González, quienes podrán atender sus quejas, ser voceros y conciliadores entre usted y el Banco. Puede contactarlos de lunes a viernes entre las 8 am y las 6 pm en la Carrera 11 A No. 96-51 Oficina 203 Edificio Oficity Bogotá D.C., al correo electrónico defensoriamundomujer@ustarizabogados.com, teléfono (601)6108161 en la ciudad de Bogotá, en Aplicación Móvil (APP). "Defensoría del Consumidor Financiero" o en su página web <https://www.ustarizabogados.com>
- * El adecuado manejo de su crédito es su mejor referencia. Si su obligación se encuentra en mora, lo invitamos a ponerse al día cuanto antes. Evite un reporte negativo en las Centrales de Riesgo, el cual perjudicará la calificación de su crédito con la institución y en el sistema financiero, así como un posible traslado de sus obligaciones crediticias a cobro jurídico.
- * Un reporte negativo tiene una permanencia en las Centrales de Riesgo de doble del tiempo de la mora para quienes cancelen o normalicen sus obligaciones antes de dos (2) años y un máximo de cuatro (4) años para quienes han presentado mora por más de dos (2) años consecutivos.
- * Mundo Mujer realizará el reporte ante las Centrales de Riesgo, pasados 20 días calendario a partir de la fecha del envío de la respectiva notificación (Art 12 Ley 1266 de 2008).

MUNDO MUJER EL BANCO DE LA COMUNIDAD ¡JUNTOS CONSTRUYENDO UN MEJOR FUTURO!.

Seguros*	Incendio y Terremoto (Valor Asegurado)	Vida Deudor (Valor Asegurado Desembolsado)
Monto asegurado	\$ 0,00	60,000,000.00
Tasa de prima de seguro mensual %	0	1,087.00 por millón
Prima de seguro	\$ 0,00	65,220.00

* Ver condiciones particulares de los seguros en el siguiente link:
<https://bmm.com.co/seguros.html>

Se informa que el costo del servicio de recaudo que El Banco cobra a la Aseguradora Adjudicataria del Seguro de Incendio y Terremoto Deudor, es del 12% mensual más IVA, por cada una de las primas netas facturadas y efectivamente recaudadas. El Banco no cuenta con corredor de seguros por lo tanto no se cobra ningún porcentaje por concepto de corretaje.

SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO LO DESEA TOMAR:									
FECHA DE SOLICITUD			INICIO DE VIGENCIA						
AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA	
2022	12	19	2022	12	19	2024	06	19	
TOMADOR						Numero seguro			
DIEGO FERNANDO PEREZ PALMA			Identificación: 16793039			COD. AGENCIA		820	
						NOMBRE AGENCIA		CALI LA INDEPENDENCIA	
DATOS DEL SOLICITANTE									
Nombres y Apellidos			No de Identificación			Fecha de Nacimiento		Edad	
DIEGO FERNANDO PEREZ PALMA			16793039			AÑO MES DÍA		Sexo	
						1971 08 23		51 F M X	
Actividad / Ocupación u Oficio que Desempeña (Detalle)			Dirección de la Residencia			Ciudad		Departamento	
COMERCIO DE PRENDAS DE VESTIR (INCLUYE PRENDAS)			CL 58 NRO 93-199 TORRE 5B APTO 504			Cali		Valle	
No de Celular			Correo Electrónico			Telefono			
3217090417			perezpalmadiego5@gmail.com						
BENEFICIARIOS DEL SEGURO									
NOMBRES Y APELLIDOS			NO IDENTIFICACION			PARENTESCO		PORCENTAJE	
YULIETH LONDOÑO VINASCO			29182242			Esposo (a)		100,00 %	
El numero de identificación puede ser: cedula de ciudadanía (C.C), Cedula de extranjería (C.E), tarjeta de identidad (T.I), registro civil (NUIP)									
AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS			PLAN 1		SI	No	PLAN 2	SI	No
VIDA (Amparo Básico de Muerte) - Edad Máxima de Ingreso : 73 Años y 364 días permanencia - Indefinida			\$ 4.000.000			X	\$ 6.000.000		X
Incapacidad Total y Permanente - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días de permanencia - 74 años y 364 días			\$ 4.000.000			X	\$ 6.000.000		X
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración - Edad Máxima de Ingreso 72 Años y 364 días Permanencia - 74 años y 364 días			\$ 4.000.000			X	\$ 6.000.000		X
Renta Diaria por Hospitalización- Cobertura de 30 días con deducible de (1) día. Edades Máxima de Ingreso 64 años y 364 días Edad de Permanencia - 65 años y 364 días			\$ 25.000			X	\$ 35.000		X
						X	\$ 50.000		X
						X	\$ 60.000		X
Asistencia - Orientación Jurídica Telefónica Se prestará el servicio de orientación jurídica telefónica al asegurado en caso de inquietudes en las siguientes ramas jurídicas: Derecho laboral, Derecho de familia, Responsabilidad civil y Derecho civil. Esta orientación jurídica se realizará con base en la información suministrada por parte del asegurado. Se limita a conceptos básicos jurídicos, sin que se comprometa responsabilidad alguna sobre el proveedor de asistencia contratado por la aseguradora. De igual manera tampoco se puede entender que se constituyan como una acción o instancia judicial. Igualmente, no se garantizan los resultados de las acciones que adelante el asegurado con base en el concepto obtenido en la orientación jurídica telefónica brindada. Adicionalmente, a solicitud del asegurado se brindará asesoría en la elaboración y redacción de documentos legales. - El tiempo máximo por llamada será de 30 minutos Para solicitar la asistencia marque el # 224									
PLAN ELEGIDO/PRIMA MENSUAL (Señale X)			\$ 5.810			\$ 8.715		\$ 14.525	
								\$ 17.430	X
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD									
1. Según su nivel de saber y entender tiene o ha tenido padecimientos de índole cardiovascular (como ataques cardíacos, enfermedades de las arterias coronarias o de las válvulas del corazón, insuficiencia, falla cardíaca, infarto del miocardio u otros), o de índole neurológico (como hemorragias, trombosis aneurismas), o ha padecido o padece enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, leucemia, asma, enfisema pulmonar, insuficiencia renal, diabetes, cálculos, enfermedades de la sangre o los ganglios linfáticos, o padecimientos relacionados con el Sida, o enfermedades mentales (como psicosis, trastorno bipolar, esquizofrenia). Indique en observaciones la afección o enfermedad, fecha de diagnóstico y tratamiento.									
2. Tiene algún defecto o limitación física o mental que incida en su estado de salud? Indique cuál									
3. Le han indicado la necesidad de alguna cirugía o tratamiento que no se ha realizado aún? Indique cuál									
4. Practica algún deporte de los considerados de alto riesgo, como paracaidismo, motociclismo, carrera de karts, alas delta, parapente? Indique cuáles y periodicidad									
5. Solo para mujeres ¿Se encuentra en estado de embarazo o sufre algún trastorno ginecológico (tumores, enfermedades de los senos, ovarios, útero)?									
El cliente tendrá cobertura para los amparos de este seguro siempre y cuando cumpla con las edades de Ingreso y permanencia aquí enunciadas para cada amparo"									
Consulte clausulado general en el siguiente link https://www.bmm.com.co/pdf/ClausuladopolizadeSegurodevidaColectivoFamiliaProtegida2022.pdf , o escanea el código QR									
									
Autorización de Tratamiento de Datos Personales: Autorizo a Liberty Seguros S.A. y La Libertad Compañía de Servicios e Inversiones SAS (Las Compañías) para que con fines comerciales realicen envío de información de ofertas/cotizaciones relacionadas con los contratos celebrados y para ofrecermelos otros productos y servicios de LAS COMPAÑÍAS, estadísticos, financieros y administrativos, consulte, transfiera, comparta, solicite, procese, reporte y divulgue con su matriz, filiales, subsidiarias, filiales e Inverfaz y contratistas, la información confidencial (datos personales) que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se hayan otorgado o se otorguen en el futuro en virtud de los servicios de esta relación comercial o contrato que declaro conocer y aceptar en todas sus partes. Además, me comprometo a actualizar toda mi información en forma anual y autorizo a Las Compañías a actualizar o enriquecer toda mi información con aquella que reposa en las centrales de información financiera. Autorizo voluntariamente que información de mis pólizas y/o información general de Las Compañías me sea enviada por algún medio electrónico (mensaje de texto al celular reportado como de mi uso o propiedad, correo electrónico, entre otros), declaro que he sido informado de la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atención cliente@libertycolombia.com y el teléfono 601 - 307 7050 de Bogotá.									
Autorización de Historia Clínica: De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, Autorizo expresamente a LIBERTY SEGUROS S.A., Para verificar, consultar y/o pedir ante cualquier profesional de la salud, institución hospitalaria y/o cualquier persona natural o jurídica que me haya brindado atención médica u odontológica en Colombia o en el Exterior, información médica u odontológica que sea necesaria, incluyendo la Historia clínica completa respectiva, aun después de mi fallecimiento.									
Clausula de declaración de conocimiento de las condiciones que aplicarían al contrato de seguro que se solicita. Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza de Seguro de Vida Grupo, Forma 01/04/2022-1333-P-34-VGMUNDOMUJER008-0R00 que además se encuentran publicadas en la página web de la aseguradora.									
Declaro que conozco y acepto: que la firma y entrega de la presente solicitud certificada de seguro a LIBERTY SEGUROS S.A., no implica aprobación del contrato de seguros que se solicita, para ello es indispensable la aceptación que LIBERTY SEGUROS S.A. haga del mismo de manera expresa.									
Afirmo que mis actividades, mi profesión, ocupación u oficio, son lícitos y los ejerzo dentro del marco legal colombiano.									
Autorización: Autorizo expresamente a Liberty, en el caso de afectarse el amparo de Renta Diaria por Hospitalización y de existir deuda con el Banco Mundo Mujer, el valor indemnizado sea girado al Banco como abono o pago total de la deuda.									
Clausula de revocación por inclusión en listas restrictivas: Solicito desde ya, en caso de ser celebrado el contrato de seguros a que se refiere la presente solicitud certificada, la revocación del presente seguro al vencimiento de la vigencia que esté cursando, en caso de ser incluido en las listas restrictivas OFAC y/o de la ONU, cuando esta circunstancia se presente, y solicito se informe de ello al Oficial de Cumplimiento de LIBERTY SEGUROS S.A.									
POR FAVOR ANTES DE FIRMAR REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y/O MANIFESTACIONES EFECTUADAS CORRESPONDEN A LA REALIDAD.									
"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 EXIGIRLAS". (ARTÍCULO 1152 CODIGO DE COMERCIO)									
Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo, en constancia de ello, el presente documento en la Ciudad de CALI a los 19 días del mes de Diciembre de 2022									
LIBERTY SEGUROS S.A. Firma Autorizada			FIRMA DEL ASEGURADO C.C No. 16793039						