



FONDO DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD
DE SAN BUENAVENTURA ASECCIONAL CALI
NIT 800.063.789-4

SOLICITUD DE CRÉDITO
PERSONA NATURAL

Información de: Solicitante Deudor Solidario

Lugar de diligenciamiento	Fecha:	Radicación:	Agencia
Valor solicitado:	Plazo:	Línea:	Destino
			Forma de Pago Caja <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres		Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	
Número	Fecha de Nacimiento		Estado Civil: Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Personas a cargo <input type="checkbox"/>
Dirección Residencia			Barrio		
Ciudad	Dpto	Teléfono Fijo		Celular	
Vive en casa Propia: <input type="checkbox"/> Familiar: <input type="checkbox"/>		Anticresada: <input type="checkbox"/>	Estrato 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		Tiempo de vivir en esta dirección: Años <input type="text"/>
Alquilada: <input type="checkbox"/>		Profesión			
Correo electrónico:		Nivel Académico		Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>	
Tiene parentesco con empleados de la Cooperativa Solidarios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre del empleado		Parentesco	

ACTIVIDAD ECONÓMICA - INFORMACIÓN FINANCIERA

Situación laboral Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
Empresa o negocio donde trabaja:			Cargo	Antigüedad:	
Dirección Empresa:			Ciudad	Teléfono:	
INGRESOS MENSUALES			EGRESOS MENSUALES		
Sueldo y/o pensión \$ _____			Arriendo o cuota de Vivienda \$ _____		
Honorarios, comisiones, etc. \$ _____			Gastos personales familiares \$ _____		
Otros ingresos comprobables* \$ _____			Cuotas de Créditos \$ _____		
TOTAL \$ _____			TOTAL \$ _____		
*Detallar otros ingresos:					

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres:			
Tipo de Documento C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		Número	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento	Nivel Académico Primaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Magister <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>		Profesión		
Nombre de la Empresa en la que labora:		Cargo	Antigüedad	Ingreso Mensual \$ _____	
Dirección		Ciudad	Teléfono:		

PATRIMONIO BIENES RAICES

Clase de Propiedad	Matricula Inmobiliaria	Dirección y Ciudad	Hipotecado a	Saldo Deuda	Valor Comercial
				\$	
				\$	

VEHÍCULOS

Tipo de Vehículo	Marca	Modelo	Placas	Pignorado a	Saldo Deuda	Valor Comercial
					\$	
					\$	

REFERENCIA PERSONAL FAMILIAR

Nombre:	Apellidos		Parentesco		
Dirección:	Tel. Residencia		Tel. Trabajo		Ciudad

REFERENCIA PERSONAL NO FAMILIAR

Nombre:	Apellidos				
Dirección:	Tel. Residencia		Tel. Trabajo		Ciudad

REFERENCIA COMERCIAL

Nombre Establecimiento:	Dirección:		Teléfono		Ciudad
-------------------------	------------	--	----------	--	--------

REFERENCIA FINANCIERA O BANCARIA

Nombre Entidad:	Sucursal		Ciudad		
Tipo de Producto:	No. del Producto:		Teléfono		

DECLARACIÓN PERSONAS EXPUESTAS PUBLICAMENTE (PEP's):

Son personas nacionales o extranjeras, que por razón de su cargo manejan recursos públicos o tienen poder de disposición sobre estos, se les ha confiado una función pública prominente en una organización internacional o del estado, o gozan de reconocimiento público.

1. Por su cargo o Actividad Administra recursos públicos? SI _____ NO _____	2. Por su cargo o Actividad Ejerce algún Grado de poder Público? SI _____ NO _____	3. Por su Actividad u oficio, goza usted de reconocimiento Público General? SI _____ NO _____
4. Por su cargo es Representante legal de una Organización Internacional? SI _____ NO _____	5. Existe algún vínculo entre usted y una persona que maneje recursos públicos o que gozan de algún grado poder público? SI _____ NO _____	

SI EN LA PREGUNTA 5 SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, POR FAVOR DILIGENCIE EL SIGUIENTE CUADRO.

CONOCIMIENTO MEJORADO DEL ASOCIADO

* Parentesco	Nombre y Apellidos	Tipo de Identificación	Numero	Nacionalidad
Entidad	Cargo	Fecha de Nombramiento		Fecha de Desvinculación

* Para los casos en que el asociado tenga parientes PEPs. Registre el tipo de parentesco cuando se trate de primer, segundo, de consanguinidad, de afinidad así:

Abuelo (a)	Cónyuge	Hermano (a)	Hijo (a)	Hijo adoptivo (a)
Madre	Madre Adoptante	Nieto (a)	Padre	Padre Adoptante
Yerno	Nuera	Suegro (a)	Cuñado (a)	Compañero (a) permanente

INFORMACIÓN DE OPERACIONES INTERNACIONALES

¿ Realiza operaciones en moneda extranjera? SI _____ NO _____ ¿ Posee cuentas en moneda extranjera? SI _____ NO _____

Si su actividad económica implica transacciones en moneda extranjera, señale los tipos de transacción:
 Importaciones Exportaciones Inversiones Prestamos en moneda extranjera Pagos de Servicios
 Envío / Recepción de giros y remesas Otras. Cuales? _____
 Relación a la persona que envía ó recibe giros o remesas, nombres y apellidos: _____ C.C.: _____ parentesco _____

DESCRIPCIÓN DE LAS CUENTAS EN MONEDA EXTRANJERA

Nombre de la Entidad	Tipo de Producto: Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Nro. Del Producto	Moneda	Ciudad - País
Nombre de la Entidad	Tipo de Producto: Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Nro. Del Producto	Moneda	Ciudad - País

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA AMERICANA

¿Es usted ciudadano Americano? SI NO ¿Tiene residencia permanente en los Estados Unidos? SI NO

¿Está obligado a tributar en Estados Unidos? SI NO

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Para efectos del crédito que solicito, declaro que gozo de buena salud, que no padezco ni he padecido de ninguna enfermedad infecto contagiosa, degenerativa o crónica de carácter cardiaco, celular, dermatológico, digestivo, endocrino, genético, genital, hematológico, hepático, hereditario, inmunológico, linfático, músculo-esquelético, neurológico, psiquiátrico, pulmonar, renal, urológico, vascular, HIV - Sida, hipertensión arterial, cáncer, tumores, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado. No sufro ni he sufrido de adicciones o vicios que puedan incidir sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos ni intervenciones quirúrgicas relacionadas con las enfermedades anteriormente mencionadas.
 Nota: En caso de padecer o haber padecido algunas de las enfermedades mencionadas u otras diferentes, escriba la información correspondiente: _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y FONDOS

1. Declaro que los recursos o bienes descritos en el formato de solicitud de crédito de información a FEUSAB, provienen de actividades lícitas, de conformidad de la normatividad Colombiana.
2. Que todas las actividades e ingresos que se perciben provienen de actividades lícitas.
3. Que no me encuentro en ninguna lista de reporte Internacional, Nacional o bloqueado por actividades de narcotráfico, lavado de activos, o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
4. Que en mi contra no se adelanta ningún proceso en instancias nacionales o internacionales por ninguno de los aspectos anteriores.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLINICA

Autorizo expresamente a cualquier persona natural o jurídica (MEDICO, EPS, IPS, ETC), que me hayan prestado atención médica, para que suministre copia de la historia clínica solicitada por el Fondo de Empleados de la Universidad de San Buenaventura Cali identificada con el Nit.: 800063789-4 sobre mi estado de salud pasado o presente y a entregar mi historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.

AUTORIZACIÓN PARA LA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO:

Autorizo al Fondo de Empleados Universidad de San Buenaventura Cali, para verificar la información consignada en la presente solicitud y obtener del Sistema Financiero o de entidades asimiladas, reseña sobre mi comportamiento comercial, y que dicha información pueda ser utilizada para efectos de la evaluación del riesgo crediticio, igualmente para reportar, suministrar y actualizar datos relacionados con el manejo del crédito que aquí se solicita, sometiendo a los tiempos de permanencia establecidos por las normas legales vigentes para las Centrales de Información o Banco de Datos.

AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO DE CRÉDITO

Autorizo al Fondo de Empleados de la Universidad San Buenaventura Cali, que del monto del crédito aprobado, descuente los valores requeridos para:

* Recoge crédito con la Entidad: _____ * Fecha de vencimiento de cada cuota: El _____ de cada mes. * Póliza de Seguro: _____

Igualmente que el excedente a desembolsar me sea entregado por la siguiente modalidad:

1. Transferencia Electronica _____

Banco: _____ Numero de cuenta: _____ Tipo de cuenta: _____

Certifico que soy titular de la cuenta la cual se encuentra activa y con saldo suficiente para la realización del desembolso.

Bajo la gravedad del juramento, manifiesto que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y autorizo su confirmación ante cualquier persona natural o jurídica, privada o pública, sin limitación alguna, desde ahora y mientras subsista alguna relación comercial con FEUSAB, y me comprometo a actualizar la información y/o documentación cada vez que el producto lo amerite.
 En constancia de haber leído, entendido aceptado lo anterior firmo la presente Solicitud de Crédito.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FIRMA:

HUELLA
(Indice Derecho)

SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SOLICITUD DE SEGURO

Nº de Solicitud: **40** **2029** **00 2016-013600**

D.V.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres del Asegurado:

Tipo Doc.: Número de Documento: Sexo: Fecha de Nacimiento: Peso: Estatura: Ciudad:

Domicilio: Teléfono: Deporte que practica:

Número de Celular: Correo Electrónico:

Ocupación Actual (describir ampliamente):

DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL RIESGO

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE: (Marcar con una X)

1. No conozco o no me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad, por lo tanto me encuentro en buen estado de salud.

2. Padezco o he padecido las enfermedades que a continuación marco con X:

Enfermedades del Corazón - Presión Arterial Enfermedades Musculares/queléticas - Reumatismo - Artritis Enfermedades Crónicas o Terminales Cáncer u otros Tumores

Enfermedades Pulmonares - Respiratorias - Asma - Tuberculosis Enfermedades Nerviosas o Mentales Deformidades o Malformaciones Otras

Enfermedades Digestivas - Gastrointestinales Enfermedades de los Ojos - Oídos - Nariz - Garganta Parálisis

Enfermedades Renales - Genitourinarias Enfermedades Cerebrovasculares Bocio - Diabetes - Sobrepeso

Otra enfermedad no mencionada anteriormente (especifique):

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad Año en que fue diagnosticada Tratamiento

Enfermedad Año en que fue diagnosticada Tratamiento

Enfermedad Año en que fue diagnosticada Tratamiento

¿Está usted embarazada? SI NO ¿Cuántos meses? ¿A que EPS se encuentra afiliado(a)?

Si el cliente declara haber padecido de alguna enfermedad, debe solicitar autorización a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

TD	No. DE DOC.	SEXO	F. DE NACIMIENTO	APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	%

Reforma financiera: Ley 1328 del 15 de julio, artículo 78 y 79, decreto 3690 del 25 de septiembre del 2009, se determinó el obligatorio cumplimiento del (RUS) Registro único de seguros, mecanismo con el cual todas las aseguradoras reportan el detalle de sus asegurados, tiene como objeto brindar una herramienta de consulta actualizada y total de las pólizas emitidas en Colombia.

INFORMACIÓN DEL CRÉDITO

Crédito No.

Valor Asegurado Inicial o Valor del Préstamo Inicial Plazo del Crédito

Solicitud incremento de Valor Asegurado a Valor Prima

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que las respuestas que he de dar al médico que me reconozca según el caso y que las que figuren en esta declaración de mi estado de salud, serán base para la expedición de la póliza de seguro, rehabilitación o modificación de la misma y en que MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., no asume responsabilidad alguna, si no mediante la expedición de la póliza o certificado de rehabilitación o modificación, previo pago de la prima de seguro siempre que para entonces me encuentre en buen estado de salud. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones he habido por mi parte error, falsedad, omisión o reticencia que de haber sido conocidas por MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., hubieran inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar una prima superior a la cotizada inicialmente, acepto la anulación de la póliza o la disminución de su valor a elección de la Aseguradora.

Así mismo declaro que no realizo actividad ilícita alguna y que no estoy inmerso en ningún proceso penal. Declaro que todos mis ingresos y bienes provienen de mis actividades lícitas.

De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1961 y de tales normas autorizo a MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., para que a partir de la firma de la presente solicitud y aun después de mi muerte, solicite y reciba de cualquier entidad prestadora de servicios de salud que me haya atendido, copia de mi historia clínica y de todos aquellos documentos que en ella se registran o lleguen a ser registrados y de sus anexos.

De la misma manera autorizo expresamente para que solicite a cualquier persona o entidad, información de carácter financiero, comercial y personal, y/o para consultar y reportar a las bases de datos de seguros de personas de riesgos agravados e indemnizaciones.

CUANDO LA PÓLIZA SEA COLECTIVA: Será Obligación el Tomador dar a conocer a los asegurados las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza. La aseguradora cumple la obligación del artículo 1046 el Código de Comercio con la entrega al Tomador de las condiciones Generales y particulares.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Definiciones. **Compañías** significan las sociedades MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. **Compañía del Grupo** significa cualquier persona jurídica que directamente controle, esté controlada por o esté bajo control común de las Compañías, incluyendo pero sin limitarse a CREDIMAPFRE S.A., MAPFRE SERVICIOS EXEQUIALES SAS, ANDIASISTENCIA S.A., CESVICOLOMBIA S.A. **Compañías Tratantes** significan las Compañías, las Compañías del Grupo, las Terceras Compañías y cualquier otra sociedad que trate Mis Datos Personales de conformidad con el presente documento. **Mis Datos Personales** significa cualquiera o todos los Datos Personales (tal como se entienden estos bajo la legislación aplicable) que he entregado con anterioridad a las Compañías Tratantes, que entrego con este documento, que entregue en el futuro o que las Compañías Tratantes reciban de conformidad con este documento para su Tratamiento, incluyendo mis Datos Personales Sensibles, tales como datos sobre la salud y los datos biométricos. **Terceras Compañías** significa las sociedades a las que la Compañía o alguna de las Compañías del Grupo le entregan Mis Datos Personales en virtud de las autorizaciones que otorgo en este documento, incluyendo a: (i) Aquellas que actúan como Encargadas de Mis Datos Personales; (ii) Cualquier intermediario de seguros de las Compañías Tratantes; (iii) Cualquier sociedad con la que las Compañías o las Compañías del Grupo hayan celebrado contratos para apoyar la prestación de sus servicios o el ofrecimiento, venta o soporte de sus servicios y/o productos o productos y/o servicios complementarios, tales como investigadores, ajustadores, compañías de asistencia, abogados externos, canales comerciales, servicios profesionales, etc.; (iv) Operadores, en el sentido que tiene esta palabra bajo la ley 1266 de 2008; y (v) Fasecolda e Inverías S.A. para efectos del cumplimiento de sus obligaciones gremiales y legales.

Declaraciones. Declaro y garantizo que (A) He sido informado de mis derechos como titular de Mis Datos Personales, dentro de los que se encuentran los siguientes: (i) Conocer, actualizar y rectificar Mis Datos Personales frente a las Compañías Tratantes; (ii) Solicitar prueba de esta o las demás autorizaciones que haya dado para Mis Datos Personales; (iii) Previa solicitud, ser informado sobre el uso que se ha dado a Mis Datos Personales por las Compañías Tratantes; (iv) Presentar ante la autoridad competente quejas por violaciones al régimen de protección de datos personales; (v) Solicitar la supresión de Mis Datos Personales o la revocación de mi autorización cuando la autoridad competente haya sancionado a las Compañías Tratantes por conductas ilegales en relación con Mis Datos Personales; (vi) Acceder de forma gratuita a Mis Datos Personales. (B) Conozco el carácter facultativo de las respuestas a las preguntas sobre Mis Datos Personales Sensibles o sobre niños, niñas y adolescentes. (C) Conozco las identificaciones, direcciones físicas y electrónicas y los teléfonos de las Compañías y las Compañías del Grupo que actúan como Responsables en relación con Mis Datos Personales, las cuales se incluyen en el anexo de este documento. (D) Conozco y acepto que la no entrega o autorización de Mis Datos Personales puede impedir la prestación de servicios por las Compañías Tratantes y por tanto dar lugar a la terminación de los contratos con las Compañías Tratantes. (E) Cuento con todas las autorizaciones necesarias para entregar a las Compañías Tratantes los Datos Personales de terceros (como por ejemplo asegurados, beneficiarios, etc.) que he entregado o que entregue para su Tratamiento.

Autorizaciones. Otorgo mi autorización expresa, explícita e informada a las Compañías y a las Compañías Tratantes para que realicen cualquier operación de tratamiento sobre Mis Datos Personales (incluyendo los recolectados o tratados con anterioridad a este documento por las Compañías Tratantes) con las siguientes finalidades: (i) Tramitar mi solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor; (ii) Negociar y celebrar contratos con las Compañías Tratantes, incluyendo la determinación y análisis de primas y riesgos, y ejecutar los mismos (incluyendo envío de correspondencia); (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebran las Compañías con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir su actividad aseguradora y los servicios que yo contrate, incluyendo actividades de coaseguro y reaseguro; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, la financiación del terrorismo o la financiación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de las Compañías Tratantes; (viii) Que las Compañías Tratantes me envíen ofertas de sus productos o servicios o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, incluyendo pero sin limitarse a ofertas de productos y servicios de Terceras Compañías; (ix) Que las Compañías Tratantes consulten, obtengan, actualicen y/o divulguen a centrales de riesgo crediticio u operadores de bancos de datos de información financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países o entidades similares cualquier información sobre el nacimiento, la modificación, el cumplimiento o incumplimiento y/o la extinción de las obligaciones que yo llegue a contraer con la Compañía o con cualquier otra de las Compañías Tratantes con el fin de que estas centrales u operadores y las entidades a ellas afiliadas consulten, analicen y utilicen esta información para sus propósitos legales o contractuales, incluyendo la generación de perfiles individuales y colectivos de comportamiento crediticio y de otra índole, la realización de estudios y actividades comerciales; (x) Crear bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; y (xi) Envío de información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales.

Otorgo mi autorización expresa e informada a las Compañías y a las Compañías del Grupo para que Mis Datos Personales sean transferidos, transmitidos y Tratados por Terceras Compañías. Las Compañías Tratantes podrán estar ubicadas en Colombia o en el extranjero, incluso en países que no proporcionen niveles adecuados de protección de datos.

Duración del Tratamiento de Mis Datos Personales: Las Compañías Tratantes podrán tratar y conservar Mis Datos Personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación entre las Compañías Tratantes y/o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Firma del Asegurado
C.C.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

DDMMAAAA

FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO:

DDMMAAAA

SI LA ASEGURADORA MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., CON BASE EN LAS ENFERMEDADES DECLARADAS O MEDIANTE EXÁMENES ADICIONALES ESTABLECE LA NECESIDAD DE EXIGIR EL PAGO DE UNA EXTRAPRIMA, EL INGRESO DEL SOLICITANTE A LA PÓLIZA SOLO TENDRÁ LUGAR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LA COMPAÑÍA EMITA CONCEPTO SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL INGRESO. LA FALTA DE CONCEPTO FORMAL SE ENTENDERÁ COMO NEGATIVA DE INGRESO.

Aprobado	<input type="checkbox"/>	FECHA: DDMMAAAA	Firma del Seleccionador
Extraprimado	<input type="checkbox"/>		
Aplazado	<input type="checkbox"/>		
Rechazado	<input type="checkbox"/>		

DESCRIPCIÓN	FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA	CODIGO COMPAÑIA	TIPO DE DOCUMENTO	RAMO	CODIGO FORMA
Solicitud	09-01-2013	1430	S	34	Vid-364-Feb/13

Entiéndanse las palabras "MAPFRE" y "MAPFRE COLOMBIA" como MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. y MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.

Impreso por Financiera Pájaros S.A. No. 400.134.184-6 Tel: 242 7270