

Formulario de Solicitud de Crédito

**CORPENTUNIDA**

Línea de Crédito:

*Libre Inversión*

*MENORES DE 55 AÑOS*

No aplica para solicitar crédito hipotecario

**Anexe los siguientes documentos (OBLIGATORIOS):**

- \* **Fotocopia de la cedula del pastor ampliada al 150%**
- \* **Fotocopia de licencia del pastor ampliada al 150%**
- \* **Fotocopia de la cedula de la esposa del pastor ampliada al 150%**
- \* **Paz y Salvo Nacional** (lo solicita en la sede nacional de la IPUC -ÁREA DE CARTERA). Fijo **(4) 444-4952**
- \* **Paz y Salvo Distrital** (lo solicita en la sede del distrito)
- \* **Certificado de Ingresos**, expedido por la Secretaría Nacional de la IPUC (Hna. Isabel Tilano: **3218281108**)
- \* En caso de que tenga otros ingresos (arriendo, pensión, salario esposa, etc.) debe anexar certificado.

**ENVÍE EL FORMULARIO Y LOS ANEXOS FÍSICOS A  
CORPENTUNIDA BOGOTÁ**

**Dirección Destino:** Transversal 29 No. 38-22 Barrio La Soledad, Bogotá.

Contáctenos:

Wendy Martinez

CELULAR: 313-495-2004

PBX: (1) 208717171 EXT. 133 // 104

Correos: [creditos@corpentunida.org.co](mailto:creditos@corpentunida.org.co) // [creditos01@corpentunida.org.co](mailto:creditos01@corpentunida.org.co)



# SOLICITUD DE CREDITO

## LIBRE INVERSIÓN, MENORES DE 55 AÑOS

Diligencie todos los espacios del formulario en tinta negra, si no aplica coloque una raya. Favor enviar los documentos al departamento de crédito en la oficina de CORPENTUNIDA en Bogotá Transv 29 No 38-22 Barrio la Soledad PBX 2087171 Ext. 104 Correos electrónicos; [creditos@corpentunida.org.co](mailto:creditos@corpentunida.org.co) -- [creditos01@corpentunida.org.co](mailto:creditos01@corpentunida.org.co)

FECHA	DÍA	MES	AÑO	FECHA DE RECIBIDO (No diligencie la siguiente fecha)	DÍA	MES	AÑO

CANTIDAD SOLICITADA:	PARA QUÉ NECESITA EL CREDITO:
PLAZO SOLICITADO:	TIENE ALGUN CREDITO CON LA CORPORACION? NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Cual:
OBSERVACIONES O ACLARACIONES:	

INFORMACION DEL PASTOR							
NOMBRE COMPLETO DEL PASTOR:		TIPO DOCUMENTO C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>			FECHA DE NACIMIENTO:		
DIRECCION DOMICILIO DEL PASTOR		Nombre de corregimiento, vereda o inspeccion (si aplica):			NOMBRE DEL MUNICIPIO		
DEPARTAMENTO	TELEFONO CELULAR:	TELEFONO FIJO:	TIEMPO EN EL MINISTERIO		EDAD:		
ESTADO CIVIL		CORREO ELECTRONICO			DISTRITO		
SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		AÑOS:		MESES:			
AFILIADO A CORPENTUNIDA:		FECHA DE INGRESO A CORPENTUNIDA		AFILIADO A EPS		FECHA INGRESO AL MINISTERIO	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DÍA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>	
ESTA AFILIADO A OTRA COOPERATIVA DE LA IGLESIA (amar, asoprovipaz, etc.)?							
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL:							

INFORMACION FAMILIAR			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE		DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO CELULAR	TIENE INGRESOS?
POR QUÉ CONCEPTO?		NUMERO DE HIJOS	No. DE PERSONAS A CARGO DEL PASTOR:

INFORMACION DEL TEMPLO		
DEPARTAMENTO	CIUDAD	DIRECCION
TELEFONO CELULAR	TELEFONO FIJO	NOMBRE DE LA CONGREGACIÓN

INFORMACION ECONOMICA	
<b>Se tomarán en cuenta, en el estudio del crédito, solo los ingresos de los que se reciba certificado.</b>	
<b>INGRESOS MENSUALES</b>	<b>EGRESOS MENSUALES</b>
DIEZMOS NETOS	ALIMENTACION
ARRIENDOS (Anexe contrato)	TRANSPORTE
NIVELACION	EDUCACION
PENSION (Anexe certificado)	ARRIENDO
<b>OTROS INGRESOS</b>	SERV. PUBLICOS Y/O TELEFONÍA CELULAR
	CUOTA PRESTAMOS CORPENTUNIDA
	CUOTA BANCOS
	CUOTA TARJETA DE CREDITO
	GASTOS ASAMBLEAS
	OTRAS OBLIGACIONES
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>

**INFORMACION FINANCIERA**

**ACTIVOS (Bienes raíces, Casa, Apartamento, Finca, Lote, Etc.)**

TIPO DE BIEN	CIUDAD	DIRECCION	MATRICULA INMOBILIARIA	HIPOTECA			VALOR COMERCIAL
				SI	NO		
				SI	NO		
				SI	NO		
				SI	NO		
				SI	NO		

Vehiculos	MARCA	MODELO	PLACA	PIGNORADO			VALOR COMERCIAL
				SI	NO		
				SI	NO		
				SI	NO		
				SI	NO		

Declaramos que todos los datos relacionados en este formulario son verídicos. Autorizamos su investigación por parte del Comité de Crédito

FIRMA PASTOR	_____	_____	_____
	NOMBRE	CEDULA	FIRMA
FIRMA CONYUGE	_____	_____	_____
	NOMBRE	CEDULA	FIRMA

**AUTORIZACION CONSULTA CENTRALES DE RIESGO**

Autorizo (amos) permanente e irrevocablemente a CORPENTUNIDA. o a quien en el futuro represente sus derechos, para que consulte, procese, reporte, suministre, retire y actualice mis (nuestros) datos personales o cualquier otra información que se obtenga en virtud de mi comportamiento como deudor y de la relación comercial, establecida con CORPENTUNIDA., a la central de información de la Asociación Bancaria y de Instituciones Financieras de Colombia o a cualquier otra central de información debidamente constituida. De la misma forma, autorizo (amos) a CORPENTUNIDA o a quien en el futuro represente sus derechos, para que mis (nuestros) datos personales y en general la información obtenida en virtud de la relación comercial establecida, pueda ser objeto de tratamiento sistematizado por parte de las entidades que conforman el Grupo Empresarial liderado por CORPENTUNIDA, o por aquellas que se adhieran voluntariamente a las políticas corporativas de CORPENTUNIDA, para efectos de que la misma sirva de soporte para la estructuración de una estrategia comercial de carácter corporativo, que entre otras actividades permita la remisión de información y ofertas comerciales, todo ello respetando las limitaciones impuestas por el régimen legal y las decisiones jurisdiccionales.

\_\_\_\_\_

NOMBRE PASTOR                      CEDULA                      FIRMA

**CONDICIONES DE APROBACION (Espacio reservado para el Comité de Crédito)**

MONTO APROBADO	PLAZO EN MESES	OBSERVACIONES
\$ _____	-	_____
INTERES APROBADO: _____		_____

  

APROBADO POR:		RECHAZADO POR:	
NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA

DÍA MES AÑO

FECHA:

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS CUALES SE TIENEN EN CUENTA AL TRAMITARSE EL SEGURO DEL CRÉDITO (Datos del Pastor)

1 Peso (Kgs) \_\_\_\_\_

2 Estatura \_\_\_\_\_

3 Ha padecido enfermedades? Si \_\_\_ No \_\_\_

4 Si la respuesta es positiva, indique qué enfermedades ha padecido durante su vida.

---

---

---

---

---

5 Por favor indique si tuvo algún tratamiento médico o si lo tiene actualmente y en qué entidad.

---

---

---

---

6 Otras observaciones

---

---

---

---

# MANUAL INTERNO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LA PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y PARA LA ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

## AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por medio del presente escrito **AUTORIZO** de manera voluntaria, previa, explícita, informada, inequívoca, clara y expresa a la ASOCIACIÓN GREMIAL DE MINISTROS DE LA IGLESIA PENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA, CORPENTUNIDA, para que use, maneje, administre y trate mis datos personales, No Sensibles, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la Asociación y para los fines relacionados con su objeto social.

La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica; la misma fue entregada con ocasión del vínculo asociativo que tengo con CORPENTUNIDA, quienes me informaron que es facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles o sobre menores de edad y que cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de mis datos personales, puedo comunicarla al correo electrónico: [atencionalasociado@corpentunida.org.co](mailto:atencionalasociado@corpentunida.org.co)

Así mismo, manifiesto que la ASOCIACIÓN GREMIAL DE MINISTROS DE LA IGLESIA PENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA, CORPENTUNIDA, en cumplimiento de la Ley que Protege el Derecho Fundamental a la Información, ha puesto en conocimiento los derechos que me asisten como Titular de los mismos y son:

- Que el uso de la información se tendrá para fines estrictamente relacionados con el objeto con el cual se obtuvo la información.
- Que podré conocer, actualizar y rectificar mis datos personales frente a los responsables del tratamiento o encargados del tratamiento.
- Podré solicitar prueba de la Autorización otorgada al Responsable del Tratamiento.
- Seré informado por el Responsable o Encargado del Tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que se le ha dado a mis datos personales.
- Podré presentar a la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012, el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y demás normas que lo adicionen o modifiquen o complementen.
- Podré solicitar la revocatoria en cualquier tiempo de la presente autorización y/o solicitar la supresión de datos cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.
- Podré acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, para lo cual Corpentunida dispondrá de un aplicativo en su página web para fácil acceso, que contendrá las políticas de tratamiento y procedimiento de la información.
- Para efectos de revocar la supresión de la información y revocatoria de la información usted podrá hacerlo mediante solicitud por medio escrito.

En virtud de lo anterior, la Asociación conservará y protegerá la información que he suministrado bajo condiciones estrictas de seguridad que impiden la adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento, según lo reglamentado en el Manual Interno de Políticas y Procedimientos para garantizar la Protección de Datos Personales y para la Atención de Consultas y Reclamos.

Para el caso de créditos, declaro que los ingresos y activos que presento como soporte del crédito provienen de una actividad lícita, excluyendo lavado de activos y financiación del terrorismo.

Al suministrar mi número de celular y correo electrónico también autorizo y acepto recibir por este medio comunicaciones gratuitas de la Asociación e información necesaria correspondiente al desarrollo de su objeto social.

Autorizo a la ASOCIACIÓN GREMIAL DE MINISTROS DE LA IGLESIA PENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA, CORPENTUNIDA para que suministre mis datos personales a la IGLESIA PENTECOSTAL UNIDA DE COLOMBIA – IPUC- únicamente para el cumplimiento del objeto social de la Asociación y de las finalidades del tratamiento de datos contempladas en el Manual Interno de Políticas y Procedimientos para garantizar la Protección de Datos Personales y para la Atención de Consultas y Reclamos.

Se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>

Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos.

## INSTRUCCIÓN IMPORTANTE:

El siguiente formato de SURAMERICANA, **no lo llene**, pero **sí fírmelo** con # de cédula y **huella** al lado de la firma.

Por favor imprimir el segundo adjunto en el correo. Allí el formato de SURAMERICANA está más legible. O pida uno más legible a la auxiliar del distrito, o descárguelo de la página web de corpentunida.

Envíe todos los documentos físicos, con firmas completas, a Corpentunida.

**Dirección Destino:** Transversal 29 No. 38-22 Barrio La Soledad, Bogotá.



# SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



## INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Ofc Radicación	Póliza No.	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud <b>000000</b>
----------------	------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------------------

Póliza Nueva   
  Ingreso   
  Modificación   
  Renovación

<b>Forma de pago prima</b> <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<b>Sistema de ajuste</b> <input type="checkbox"/> Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia) <input type="checkbox"/> Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)
--	--

## INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor Código Asesor % Participación (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor Código Asesor % Participación (Primeros Nombres, luego Apellidos)
---	--

## INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT	Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Tipo de Institución <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada
Dirección Correspondencia		Ciudad / Departamento	Correo Electrónico
			Teléfono (sin indicativo)

## INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.	Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primeros Nombres, luego Apellidos)	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento AAAA MM DD
Peso [Kg]	Estatura [en cms]	Ciudad	Departamento	Teléfono [Sin indicativo]
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico		

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$ _____	Amparos <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente <input type="checkbox"/> Bono para Gastos Funerarios [pago único] _____ % \$ _____	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$ _____
Modalidad de Valor Asegurado: <input type="checkbox"/> Saldo Insoluto <input type="checkbox"/> Valor inicial Crédito [Constante]	Valor Asegurado	

## INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES

"El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley"

## INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco

## DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado:  Enfermedades cardiovasculares  Infarto del miocardio  Arritmias  Hipertensión arterial  Colesterol (Tratado con medicamentos)  Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos)  Derrames  Isquemia o trombosis cerebral  Epilepsia  Enfisema (EPOC)  Bronquitis Crónica  Cáncer  Leucemia  Lupus  Tumores malignos  SIDA o VIH positivo  Insuficiencia Renal  Esclerosis múltiple  Artritis reumatoidea  Diabetes  Pancreatitis  Hepatitis B o C  Cirrosis  Retardo mental  Transtornos psiquiátricos  Colitis  Hipertiroidismo  Parálisis  Deformidades corporales  Ceguera  Sordera total o parcial  Hernia de columna  Pérdida funcional o anatómica  Otra Enfermedad, ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Ha estado en tratamiento para:  Alcoholismo  Drogadicción  SI  NO

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

2. ¿Ha estado incapacitado u hospitalizado en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra en algún tratamiento o estudio médico o sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?

En caso que usted haya contestado positivamente a la pregunta anterior debe diligenciar la siguiente información:  SI  NO

Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad
1.				2.			

Observaciones

## CLÁUSULA DE GARANTÍA

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo. Declaramos que gozamos de buena salud y que la información que suministro en este documento solicitud de seguro de vida es cierta. Que mi ocupación esta permitida por la ley y no ejerzocemos actividades ilícitas ni de alto riesgo. Acepto(amos) que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna si no mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

**AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS:** Yo(nosotros) autorizo(amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., a:

- Solicitar copia íntegra de mi(nuestra) historia clínica a los prestadores de servicio de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. Declaramos(amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.
- Compartir con Enlace Operativo S.A., o el tercero que haga sus veces, mi(nuestra) información personal otorgada en virtud de este contrato con la única finalidad de que esta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición.
- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi(nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que llevamos a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar entodas sus partes.
- Intercambiar información con fines estadísticos entre las compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me(nos) encuentre(encontremos) afiliado(amos).

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA:** DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUSFRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

## CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR.

Certifico (amos) que el Asesor (me)nos) explicó coberturas y exclusiones del contrato, y la información contenida en la solicitud. Además haber leído, entendido y aceptado los textos incorporados en esta solicitud de seguros

Firma del Afiliado o Tomador  
Número de Identificación



Huella Índice Derecho  
Afiliado o Tomador

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D: Carné Diplomático - C.E: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - Nit: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañer(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am. Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión Libre - D: Divorciado.