

PAGARE UNICO CON ESPACIOS EN BLANCO

PAGARE N. _____

ENTIDAD PRESTATARIA FONDO DE EMPLEADOS DEL POLITECNICO GRANCOLOMBIANO – FEPOLI

DEUDOR PRINCIPAL _____

CAPITAL _____

INTERESES _____

VENCIMIENTO _____

Yo _____ domiciliado en la ciudad de _____ mayor de edad, identificado como aparece al pie de la firma. Por medio del presente PAGARE hago constar que me obligo a pagar solidaria, incondicional e indivisiblemente a la orden del FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI, a quien represente sus derechos o a cualquier otro tenedor legítimo del presente título valor, el día _____ de _____ de 2____, en sus oficinas de Bogotá o en el lugar que este señale la suma de, _____ (\$ _____) moneda legal colombiana por concepto de capital y la suma de suma _____ (\$ _____) por concepto de intereses moratorios causados hasta la fecha de vencimiento de este pagare. **TERCERA: Vencimiento anticipado:** Autorizo al FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI o a cualquier otro retenedor legítimo del presente título valor, para extinguir el plazo o plazos que se estipulen para el pago de la totalidad del saldo insoluto, más los intereses y los gastos de cobranza, incluyendo honorarios del abogado, si ocurriere uno cualquiera de los siguientes eventos: a) Si hubiere mora en el pago de una o más cuotas de capital o de intereses del préstamo otorgado. – b) Por la pérdida de la calidad de asociado del FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI. – c) En caso que el deudor sea demandado o me sean embargados bienes por personas distintas al FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI. – d) Cuando con respecto al deudor principal se presente alguna de las causales previstas para la extinción del plazo, ella operara de forma automática respecto de todas las obligaciones que tenga vigente el deudor principal. – e) Por la muerte del deudor. **CUARTA: Autorización de Descuentos:** En cumplimiento de los artículos 55 y 56 del Decreto 1481 de 1989; Yo, deudor mayor de edad, relacionado, identificado y actuando en las condiciones como aparece en el encabezado de este título valor, manifiesto que autorizo al Pagador de _____ o donde llegare a laborar o prestar mis servicios, para que de mi salario, pensión, vacaciones, prestaciones, indemnizaciones, bonificaciones, comisiones, liquidaciones o cualquier otro emolumento que me corresponda por la prestación de mis servicios, así como a la EPS o ARL que cancele el citado el ingreso, descuento y cancele a favor de **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI** en forma indivisible, incondicional e ininterrumpida y hasta completar el monto total adeudado en capital e intereses. De igual forma, en caso de que exista retiro de la empresa que determina el vínculo de asociación o cualquier otra empresa en la que llegare a prestar mis servicios antes de la cancelación total de la obligación, autorizo al pagador de la respectiva Empresa, al Fondo de Cesantías al que esté vinculado o la entidad correspondiente, para que descuenta y retenga sin límite de cuantía sobre cualquier suma que deba pagárseme por concepto de salarios, honorarios, vacaciones, prestaciones sociales, bonificaciones especiales, ocasionales o permanentes, bonos y cualquier otro pago que perciba por otro concepto en virtud a la relación contractual y no estipulado literalmente, la cantidad que sea necesaria para cubrir el saldo insoluto de la (s) obligación (es) contraídas con **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI**. En caso de respaldar crédito de vivienda bajo la línea específica las sumas de los descuentos aquí autorizados se deben entender como abono o prepago parcial disminuyendo el valor del plazo. Para estos efectos declaramos suficiente la certificación de **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI** sobre el saldo debido a su favor. Las autorizaciones aquí plasmadas estarán vigentes mientras exista cualquier obligación nuestra a favor de **FONDO DE EMPLEADOS FEPOLI**. **QUINTA. Costos:** Son a cargo del deudor los gastos y derechos fiscales que se ocasionen por el otorgamiento de este pagaré; igualmente en este caso de cobro judicial o extrajudicial serán a su cargo las costas y gastos de cobranza.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá el

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARE

Señores

FONDO DE EMPLEADOS DEL POLITECNICO GRANCOLOMBIANO - FEPOLI

Ciudad

Yo _____ identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Deudor solidario autorizo en forma permanente e irrevocable al **FONDO DE EMPLEADOS DEL POLITECNICO GRANCOLOMBIANO - FEPOLI** - o cualquier otro tenedor legítimo del pagaré que hemos suscrito en la fecha a favor de **FEPOLI**, para que haciendo uso de las facultades conferidas en el artículo 622 del C. de Comercio, llene los espacios en blanco en el pagaré **No.** _____, cuando se presente una de las circunstancias de exigibilidad contenidas en la cláusula quinta del texto del pagaré objeto de esta autorización.

Para llenar el pagaré **FEPOLI** no requiere dar aviso a los firmantes del mismo y se ceñirá de acuerdo a las siguientes instrucciones:

1. El espacio reservado para el número del pagaré, con el número que **FEPOLI** le asigne.
2. El espacio que corresponde al deudor principal, se llenará con el nombre del asociado que suscriba la solicitud del crédito, el pagaré y la presente carta de instrucciones.
3. El espacio reservado para la fecha de vencimiento será llenado con la que corresponda al día en que FEPOLI complete el instrumento por estimarlo necesario para su cobro.
4. El espacio reservado para el domicilio del deudor será diligenciado con el nombre de la ciudad en la que habite el deudor principal.
5. Los espacios que corresponden al capital y al valor, deben llenarse con el valor aprobado en letras y números del crédito que me fue otorgado por **FEPOLI**.
6. El espacio reservado para el plazo y cuotas, con el valor en letras y números correspondiente al número de cuotas según el plazo aprobado por **FEPOLI**.
7. El espacio reservado para el valor de las cuotas, con el valor en letras y números correspondiente al valor de las cuotas mensuales, determinadas por la división entre el valor del préstamo concedido más los respectivos intereses y el número de meses correspondientes al plazo autorizado por **Fepoli** para el pago total de la obligación.
8. El espacio reservado para la primera fecha de vencimiento, será llenado con las fechas en que se vence la primera cuota mensual determinada por la fecha en que se me ha desembolsado el valor del préstamo.
9. El espacio correspondiente al interés, se llenará con el que nos fue aprobado en la fecha de otorgamiento del crédito o con la tasa máxima exigida por la ley según disponga **FEPOLI**.
10. El espacio reservado para la autorización de descuentos a la empresa, debe llenarse con el nombre de la empresa con la que nos encontremos laborando.
11. El espacio correspondiente para la fecha de otorgamiento del pagaré, se llenará con las fechas en que haya sido contabilizado el crédito que nos fue otorgado.
12. El título valor se podrá diligenciar por el acercamiento o llegada de una cualquier de las causales de aceleración del pago previstas en el título valor.

Dejamos constancia que la presente autorización estará vigente mientras exista cualquier obligación nuestra a favor de **FEPOLI**, y de igual forma declaramos que hemos recibido copia de la presente carta de instrucciones

En constancia de lo anterior se firma esta carta de instrucciones en duplicado en Bogotá

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARÉ No _____

De conformidad con lo establecido en el **art. 622** del Código de Comercio, autorizo expresa e irrevocablemente a **EL ACREEDOR** o sus legítimos endosatarios, cesionarios, para llenar el presente pagaré en los espacios dejados en blanco, ante cualquier incumplimiento de las obligaciones que figuren a cargo de **EL DEUDOR** con **EL ACREEDOR**, en los términos especificados más adelante.

El Pagaré podrá ser llenado por EL ACREEDOR o el tenedor que ostente tal calidad, cuando quiera que se presente una, o varias de las siguientes circunstancias:

1. Cuando a juicio de **EL ACREEDOR**, **EL DEUDOR** se encontrare en notoria insolvencia.
2. Si **EL DEUDOR** es admitido en trámite concursal, insolvencia o similar.
3. En caso de mora o incumplimiento de **EL DEUDOR** de cualquier obligación adquirida con **EL ACREEDOR**.
4. En caso de que **EL ACREEDOR** tenga conocimiento de que **EL DEUDOR** incumplió cualquiera de las obligaciones contraídas.
5. En caso de embargo de algún bien de propiedad de **EL DEUDOR**.

El título valor será llenado de acuerdo con las siguientes instrucciones:

1. **EL ACREEDOR** o el tenedor que ostente tal calidad, colocará como **FECHA DE VENCIMIENTO** la del día en que proceda a llenar los espacios en blanco del pagaré.
2. El VALOR será igual al monto de todas las sumas de dinero adeudadas por **EL ACREEDOR** o al tenedor que ostente tal calidad por concepto de capital, cuotas, réditos, intereses, comisiones, gastos, impuestos, honorarios, cobros jurídicos, pre jurídicos o por cualquier otro concepto, en los términos de la presente carta de instrucciones.
3. **EL ACREEDOR** o el tenedor que ostente tal calidad, diligenciará la comparecencia del pagaré con el nombre completo, razón o denominación social e identificación de la persona natural o jurídica que ostente la calidad de **EL DEUDOR**.
4. El valor del capital corresponderá al valor de las obligaciones de origen contractual, legal o reglamentario a cargo de **EL DEUDOR** al momento de diligenciamiento del pagaré.

5. El valor de los intereses causados insolutos corresponderá al valor de los intereses remuneratorios o moratorios, estos últimos calculados a la tasa máxima autorizada por las disposiciones legales vigentes, en ambos casos hasta la **FECHA DE VENCIMIENTO** y que se hayan generado por cualquiera de las obligaciones contraídas.

METODO DE DILIGENCIAMIENTO: Autorizamos como método de diligenciamiento el siguiente: El acreedor beneficiario del título valor para efectos de diligenciar los espacios en blanco del Pagaré, ingresará al portal de firmas electrónicas de la plataforma tecnológica de FIRMA ELECTRONICA, haciendo uso del Usuario y Contraseña registrada, procederá a cargar el Título Valor en blanco y la Carta de Instrucciones que el deudor o los deudores previamente firmaron electrónicamente, a través de la plataforma de FIRMA ELECTRONICA. El acreedor beneficiario procederá a verificar y diligenciar los espacios en blanco en el título valor de acuerdo con las instrucciones aquí dadas. Una vez, diligenciados los espacios en blanco del Título Valor de acuerdo con las instrucciones, el mismo Usuario que representa al acreedor beneficiario del Título Valor procederá a cargar el Título Valor diligenciado y construir la evidencia del **“PAGARÉ PARA EL PROCESO EJECUTIVO”**, en la opción **“CREAR PROCESO PAGARE”**, identificando en el asunto, el pagaré que se quiere ejecutar, luego el Usuario responsable del proceso del lado del acreedor beneficiario firmará y acreditará (con firma digital y/o firma electrónica) el Título Valor diligenciado y, anexando el título valor original para dejar la trazabilidad del proceso. De esta forma se construye la evidencia íntegra, que conforma el título valor diligenciado y que se presentará como prueba en el proceso ejecutivo.

Hago expreso reconocimiento que las anteriores instrucciones fueron otorgadas de forma libre y voluntaria, que el método de diligenciamiento fue claramente explicado y que recibí de **EL ACREEDOR** copia de pagaré y de su carta de instrucciones. Autorizo y doy consentimiento expreso e irrevocable a **EL ACREEDOR** y/o, a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mí contraídas con éste, para:

1. Recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, intercambiar, compartir, divulgar, transferir y transmitir los datos del **EL DEUDOR**, con cualquier administradora de bases de datos, con los terceros que apoyan los procesos relacionados con operaciones en el mercado de valores y/o sistema financiero colombiano, tales como bolsas de valores, depósitos de valores, cámara de riesgos, agentes de compensación y liquidación, con compañías de mensajería, con las compañías contratadas para la cobranza judicial y/o extrajudicial y con las compañías encargadas para la localización e

investigación de bienes y derechos, entre otros, en cumplimiento de lo dispuesto en la **Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.**

2. Consultar y reportar a cualquiera de las centrales de bases de datos la información de **EL DEUDOR** sobre el comportamiento oportuno o incumplimiento, si lo hubiere, de las obligaciones crediticias o de los deberes legales de contenido patrimonial, así como sobre el nacimiento, modificación, extinción y cumplimiento de obligaciones contraídas o que llegue a contraer **EL TERCERO** en virtud de lo establecido en la presente carta de instrucciones.

SUSCRIPCIÓN. EL DEUDOR conocen y aceptan que la presente Carta de Instrucciones podrá ser firmada mediante mecanismos electrónicos, es decir, mediante la utilización de Firma Electrónica o Firma Digital, en los términos establecidos en la Ley 527 de 1999, el Decreto 2364 de 2012, y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. En ese sentido, **EL DEUDOR** manifiestan que:

a. El mecanismo electrónico tendrá la misma validez y efectos jurídicos que una firma manuscrita, siempre y cuando cumpla con los criterios establecidos en la presente Carta de Instrucciones y en el **artículo 3 del Decreto 2364 de 2012.**

b. El mecanismo electrónico podrá ser ofrecido de forma directa por **EL ACREEDOR** o a través de un tercero.

c. El mecanismo electrónico cumple con los criterios de autenticidad, integridad, confiabilidad y apropiabilidad, en los términos indicados en el **Decreto 2364 de 2012.**

d. El mecanismo electrónico podrá estar conformado por códigos, contraseñas, datos biométricos o clave criptográficas, entendidos ellos en general como mensajes de datos, los cuales permiten identificar a **EL DEUDOR.**

e. **EL DEUDOR** conoce que el Acreedor cumple con todos los parámetros establecidos en el Capítulo V, Títulos IV, Parte I de la Circular Básica Jurídica expedida por la SFC.

f. **EL DEUDOR** reconoce y acepta que el Acreedor mantendrá el control y custodia de la presente Carta de Instrucciones y el Pagaré con espacio en Blanco una vez sea firmado a través del mecanismo electrónico, y una copia de la Carta de Instrucciones y el Pagaré con espacio en Blanco remitidos al **EL DEUDOR** para su conocimiento y custodia.

g. El mecanismo electrónico será utilizado para la suscripción de la Carta de Instrucciones y el Pagaré con espacio en Blanco.

h. **EL DEUDOR** conocen y acepta que la utilización del mecanismo electrónico estará sujeto a la disponibilidad de los servicios de conectividad que tenga cada uno.

i. **EL DEUDOR** reconoce y aceptan que la correcta utilización del mecanismo electrónico será su responsabilidad, y en tal sentido, deberán conservar y garantizar la confidencialidad del usuario y clave que le asigne el Acreedor, en caso de que aplicable, para efectos de suscribir la Carta de Instrucciones y el Pagaré con espacio en Blanco a través del mecanismo digital, de tal forma que ninguna otra persona pueda hacer uso de ellos, toda vez que son únicos, confidenciales e intransferibles, así como establecer los controles necesarios para evitar que terceros puedan acceder al usuario y clave asignada. Por ello, **EL DEUDOR** tiene la obligación de informar la pérdida, alteración o modificación del usuario y la clave, con el fin de que el Acreedor pueda tomar las medidas legales y operacionales necesarias para atender dicho incidente.

Para constancia se firma el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica aceptada por las partes y para ello autorizamos el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

Los siguientes datos son los registrados y aprobados por el deudor(es) en la plataforma de FIRMA ELECTRONICA DEL ACREEDOR para firmar los documentos derivados del pagaré No **1004**

DEUDOR

NOMBRE COMPLETO _____

IDENTIFICACION _____

Email _____

Número Celular **+57** _____

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)		Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Número Solicitud
Ofc Radicación	Póliza No.			

☐ Póliza Nueva	☐ Ingreso	☐ Modificación	☐ Renovación
Forma de pago prima		Sistema de ajuste	
☐ Mensual	☐ Trimestral	☐ Semestral	☐ Anual
		☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)	☐ 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 (Primero Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación
Otro Asesor que participe en el seguro. Indique Razón Social o Nombre del Asesor (Primero Nombres, luego Apellidos)		Código Asesor	% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR			
Tipo de Identificación		Número de Identificación	Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
☐ C.C.	☐ C.E.	☐ PA.	☐ NIT
		☐ Pública	☐ Privada
Dirección Correspondencia		Ciudad / Departamento	Correo Electrónico
			Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL DEUDOR			
Tipo de Identificación		Número de Identificación	Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)
☐ C.C.	☐ C.E.	☐ PA.	
Peso (Kg)	Estatura (en cms)	Ciudad	Departamento
Dirección Correspondencia		Teléfono (Sin indicativo)	
		Celular	
Dirección Correspondencia		Correo Electrónico	

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
Valor Crédito \$	Amparos
Modalidad de Valor Asegurado:	☐ Vida
☐ Saldo Insoluto	☐ Invalidez por Accidente o Enfermedad
☐ Valor inicial Crédito (Constante)	☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) % \$
	Valor Asegurado \$
	VALOR PRIMA (según forma de pago pactada)

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							
Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO							
Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos	%	Parentesco	Identificación Tipo	Número	Nombre y Apellidos

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	
1. ¿Tiene, ha tenido o le han diagnosticado: ☐ Enfermedades cardiovasculares ☐ Infarto del miocardio ☐ Arritmias ☐ Hipertensión arterial ☐ Colesterol (Tratado con medicamentos) ☐ Ceguera ☐ 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 Ulcerativa ☐ Hipertiroidismo ☐ Parálisis ☐ Deformidades corporales ☐ Sordera total o parcial ☐ Hernia de columna ☐ Pérdida funcional o anatómica ☐ Otra Enfermedad, ¿Cuál? ☐ Consume Actualmente drogas estimulantes 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 o en el último mes ha tenido signos o síntomas como: Secreciones, dolor de garganta, tos, fiebre, dificultad para respirar, o sospecha de contagio o infección o le han diagnosticado el COVID-19 (Coronavirus)? ☐ 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.			

Observaciones							
---------------	--	--	--	--	--	--	--

CLÁUSULA DE GARANTÍA	
Declaro(amos) que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministro(amos) en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzo(amos) 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 sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.	

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
Autorizo a SURAMERICANA S.A para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Autorizo el tratamiento de mis datos, incluso biométricos, que es un dato sensible, para los fines que sean necesarios para la prestación de los servicios encargados particularmente para ejecutar y cumplir el contrato. Autorizo a SURAMERICANA S.A a entregar o compartir mi información con FASECOLDA e INVERFAS S.A; con la finalidad de adelantar actividades y proyectos del sector asegurador, con personas jurídicas que administran bases de datos; para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, con Centrales de Información y Riesgo; con la finalidad de reportar los datos positivos o negativos de mi comportamiento crediticio y financiero; con aliados estratégicos, Intermediarios de Seguros, Compañía matriz, filiales y subsidiarias; con el fin de ser contactado para el ofrecimiento de productos, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias. Autorizo a SURAMERICANA S.A para consultar y obtener copia de mi historia clínica, que es un dato sensible, para la suscripción y proceso de reclamación del seguro. Las respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles son facultativas. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento, informarse sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.	
El responsable del tratamiento de la información es SURAMERICANA S.A, para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 437 8888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000518888 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.sura.com .	
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 Seguro	
Firma del Afiliado o Tomador	Huella Índice Derecho
Número de Identificación	Afiliado o Tomador
Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD)	
.....	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.J: 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: Compañero(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.	
F02-83-267	
Fecha a partir de la cual se utiliza: 01/02/2013	