



# FORMATO SOLICITUD DE REESTRUCTURACIONES DE OBLIGACIONES CREDITICIAS

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: Día | Mes | Año

## Datos personales

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Tipo de documento:  CC  CE  Otro ¿Cual? \_\_\_\_\_ N° de Identificación: \_\_\_\_\_ Lugar de expedición: \_\_\_\_\_  
 Fecha de expedición: Día | Mes | Año Dirección de correspondencia: \_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_ Ciudad-Departamento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Día | Mes | Año Estado Civil: \_\_\_\_\_ Género:  M  F Número de hijos: \_\_\_\_\_ Personas a cargo: \_\_\_\_\_

## Información laboral

**Actividad Económica principal:** Ama de casa:  Estudiante:  Asalariado:  Pensionado:  Independiente:  ¿Otro?:  Cual: \_\_\_\_\_  
 Empresa actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Dirección de la empresa: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la empresa: \_\_\_\_\_ Correo corporativo: \_\_\_\_\_ Salario: \$ \_\_\_\_\_  
 Tipo de contrato: Indefinido:  Fijo:  Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: Día | Mes | Año

## Información financiera

Declara renta:  Si  No Tipo de vivienda: Familiar:  Arrendada:  Propia:   
 Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Egreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Activos: \$ \_\_\_\_\_  
 Otros ingresos: \$ \_\_\_\_\_ Gastos de sostenimiento: \$ \_\_\_\_\_ Pasivos: \$ \_\_\_\_\_  
 Total ingresos: \$ \_\_\_\_\_ Total egresos: \$ \_\_\_\_\_ Patrimonio: \$ \_\_\_\_\_  
 Indique el concepto de otros ingresos: \_\_\_\_\_

## Garantías

Codeudor:  Hipoteca:  Fondo de Garantías:  ¿Otro, Cual?: \_\_\_\_\_ Valor: \$ \_\_\_\_\_  
 Vehículo:  Aportes:

## Información codeudor

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Tipo de documento:  CC  CE Número: \_\_\_\_\_ Fecha de expedición: Día | Mes | Año Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Día | Mes | Año  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: Independiente:  Actividad económica principal: \_\_\_\_\_  
 Empleado:  Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Teléfono empresa: \_\_\_\_\_  
 Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_ Diferencia: \$ \_\_\_\_\_  
 Egreso mensual: \$ \_\_\_\_\_  
 Inmueble:  Si  No Valor comercial: \_\_\_\_\_ Vehículo:  Si  No Valor comercial: \_\_\_\_\_ Total activos: \$ \_\_\_\_\_  
 Hipoteca:  Si  No \$ \_\_\_\_\_ Prenda:  Si  No \$ \_\_\_\_\_ Total pasivos: \$ \_\_\_\_\_  
 Patrimonio: \$ \_\_\_\_\_

**Reestructuración:** Se entiende por reestructuración de un crédito, el mecanismo excepcional que tenga como objeto o efecto modificar cualquiera de las condiciones originalmente pactadas, con el fin de permitirle al deudor la atención adecuada de su obligación ante el real o potencial deterioro de su capacidad de pago.

## Obligaciones a reestructurar

Número de obligación	Valor capital obligación	Plazo	Escriba el valor a cancelar por concepto: Intereses corrientes, Servicios, Seguros, Aportes Ordinarios, FOSI y la fecha en la cual se compromete a cancelarlos  \$ _____  Fecha: Día   Mes   Año
Escriba el número de la obligación crediticia a reestructurar	Escriba los saldos de capitales adeudados de las obligaciones crediticias a la fecha de esta solicitud	Escriba el plazo en el cual va a cancelar las obligaciones crediticias a reestructurar	
1. _____	\$ _____	_____ meses	
2. _____	\$ _____	_____ meses	
3. _____	\$ _____	_____ meses	
4. _____	\$ _____	_____ meses	
5. _____	\$ _____	_____ meses	

**Motivo(s) que no permiten el cumplimiento de la(s) obligación(es) en los términos inicialmente pactados:**

## Autorizaciones y Declaraciones

### Declaración voluntaria de origen de fondos

Yo, actuando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de mis fondos a la Cooperativa de Profesionales Sanitas, con el propósito de dar cumplimiento a todas las normas concordantes en materia de administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo (SARLAFT):

- Los recursos que devengo, así como los recursos y/o bienes entregados no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite por cada producto o servicio que utilice.
- Autorizo, reconozco y acepto la facultad que tiene la Cooperativa de Profesionales Sanitas, de cancelar mis productos o servicios y de dar por terminado cualquier acuerdo, negocio o contrato que tenga vigente, en el evento que se identifique irregularidad en cualquiera de los numerales o información contenida en este documento, eximiendo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mi Estado de Cuenta con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
- Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico en Colombia o en el exterior, o soborno transnacional.

### Habeas Data - Protección de datos personales

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la Cooperativa de Profesionales Sanitas, de igual forma autorizo a la Cooperativa de Profesionales Sanitas y a las entidades que pertenezcan o llegaren a pertenecer como entes o grupos de control, para que compartan, compilen y remitan a las autoridades fiscales y reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados, y los que serán contratados a futuro, datos de contacto, movimientos y saldos, y cualquier otra información que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras de prevención de evasión fiscal o de LA / FT, así como aquellas que las regulen, modifiquen o sustituyan, con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos, cálculos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias y control de calidad. 4. El envío de información y publicidad, incluso por vía electrónica, sobre ofertas, productos, recomendaciones, servicios, promociones, obsequios y campañas de fidelización de la Cooperativa de Profesionales Sanitas y de las distintas entidades de su propiedad, o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa de la Cooperativa de Profesionales Sanitas haya suscrito cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito acuerdos de colaboración; la extracción, almacenamiento de datos y estudios de marketing al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular, tanto si se formaliza o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, que correspondan al objeto social de la Cooperativa de Profesionales Sanitas. 5. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a CPS a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de CPS, a quien esta contrate para el ejercicio de los mismos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que CPS establezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados, así como cualquier tipo de acuerdo, convenio y/o contrato lícito. Esta autorización permanecerá vigente mientras me encuentre asociado a CPS, excepto que tenga una(s) obligación(es) pendiente de pago posterior a mi retiro, caso en el cual la autorización estará vigente hasta pago total de la(s) misma(s) o hasta que sea revocada esta autorización de acuerdo a lo establecido en la ley. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: cps\_sanitas@colsanitas.com o entregarla en las oficinas de la CPS ubicadas en Bogotá en la Calle 125 No. 21 A - 70 Of. 501.


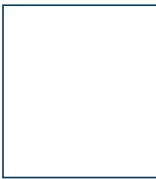
### Autorización de descuento

Autorizo a mi empleador para que descuente periódicamente de mi salario, honorarios o derechos económicos que resulten a mi favor y transfiera a la Cooperativa de Profesionales Sanitas las sumas correspondientes a los aportes sociales ordinarios u extraordinarios y demás obligaciones económicas a que haya lugar en razón al vínculo de asociación aquí surgido. Mis cesantías, prestaciones sociales, sueldos, bonificaciones, indemnizaciones, y/o comisiones, así como cualquier otro derecho económico que resultare a mi favor, garantizan cualquier saldo a mi cargo y a favor de la Cooperativa de Profesionales Sanitas en caso de retiro de la empresa pagadora. Esta autorización tendrá vigencia hasta la terminación del vínculo asociativo. Es entendido que, en el evento de no verificarse el descuento de acá autorizado, me obligo a realizar oportunamente los pagos de dichos aportes en sus oficinas o mediante consignación en la cuenta y entidad que se indique. Para los efectos anteriores declaro que me comprometo a cumplir estrictamente las disposiciones estatutarias y reglamentarias de la Cooperativa de Profesionales Sanitas, los cuales declaro conocer, así como los mandatos de sus órganos de administración y vigilancia. Cuota de ingreso: 10% de un SMMLV. Se cobrará una sola vez y no será reintegrada en el momento del retiro.

## Observaciones

- Diligenciar este formato en su totalidad con letra clara y sin tachones ni enmendaduras.
- Anexar soportes de ingresos de los últimos tres meses.
- En caso de existir garantía hipotecaria o prendaria se debe hacer actualización del avalúo de las mismas cuando la primera tenga más de tres años y la segunda, más de un año de haber sido practicado.
- Si la(s) obligación(es) que se pretende(n) reestructurar esta(n) amparada(s) con garantía personal (deudor solidario), esta solicitud debe ser firmada en señal de aceptación, por parte del codeudor(s).
- Para solicitar la reestructuración de obligaciones deberán cumplirse las siguientes condiciones establecidas en el Reglamento Integral de Crédito y Cartera: - Las obligaciones objeto de reestructuración deben tener mínimo 6 meses de antigüedad. - Haber transcurrido como mínimo un (1) año desde la última reestructuración de cualquier obligación o crédito.
- La radicación de esta solicitud no implica aceptación, está sujeta a estudio y puede ser aprobada en condiciones diferentes.
- Anexar el formato del Fondo de Garantías firmado y en original, cuando no se presenten garantías reales.

## Registro de firmas y huella

<b>Firma Deudor:</b> _____ Nombre: _____ cc: _____	 Huella índice derecho	<b>Firma Codeudor:</b> _____ Nombre: _____ cc: _____	 Huella índice derecho
--	--	--	--

## Documentos recibidos por el área de cartera

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre colaborador: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Aprobación de la solicitud

## Registro de la aprobación en LINIX

Fecha: _____ Firma miembro Comité interno de cartera: _____	Fecha: _____ Nombre colaborador: _____
---	--