



SOLICITUD DE NOVACIÓN

Código: SGC-GCC-F02
Versión: 01
Fecha: 24-06-2022

Fecha de la solicitud

PERSONA NATURAL

Nombres				Apellidos				
Tipo DI	<input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS	Numero DI			Empresa			
Dirección domicilio				Departamento			Municipio	
Teléfono (s)				E-mail				

INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR DOCUMENTOS

1. Escriba correctamente ciudad y fecha.
2. Diligencie completamente el formulario.
3. El pagare a la orden solo se debe diligenciar en la parte inferior primer deudor **firma primero deudor y huella**.
4. Colocar **siempre** número de teléfono o celular activo.

NOTA: SOLICITUD QUE NO TENGAS LAS CARACTERISTICAS ANTERIORMENTE DESCRITAS NO SERÁ APROBADA

SOLICITUD

Señores,
Cooperativa Multiactiva de Seguridad Social COMSES
NIT 806008243-3

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito ante ustedes la novacion de los creditos actuales, de tal forma que la nueva obligacion sustituya la anterior, la cual queda por tanto extinguida de conformidad con lo previsto en el articulo 1687 del código civil.

TIPO DE NOVACIÓN

Descontar saldo	<input type="checkbox"/>	Unificar creditos	<input type="checkbox"/>
Todos los creditos	<input type="checkbox"/>	Todos los creditos	<input type="checkbox"/>
Pagaré		Pagaré	

Solicito novar a _____ cuotas.

Cordialmente,

Para constancia firmo el presente documento legalizado mediante el metodo de firma electronica y para ello autorizamos el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

Firma

Nombre:
Cédula:

Gestor responsable

COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL
Barrio Armenia Cra 48 N° 30 -154 Mz F Lote 13 Cartagena, Bolívar
Tel. 6740162 – 6766407 Cel. 3145920086

www.comses.org



SOLICITUD DE NOVACIÓN

Código: SGC-GCC-F02
Versión: 01
Fecha: 24-06-2022

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE RIESGOS

Yo Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, para que consulte y reporte mi información personal a las centrales de riesgos y a la empresa con la que laboro. Adicionalmente me comprometo a actualizar anualmente la información que solicite la entidad para cada producto o servicio que solicite y declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

SI NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Orbrando en nombre propio o en representación de , de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)

2) La actividad, profesión u oficio que desarrollo es lícito y se ejerce dentro del marco legal, y los recursos y/o bienes que poseo y utilizaren desarrollo la vinculación con la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 3) No admitiré que terceros efectúen depósitos en mi cuenta con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione: ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.

4) No me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados con turismo sexual con menores de edad y que a la fecha según nuestro leal saber y entender en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. 5) Los recursos que se deriven de nuestra vinculación contractual con la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos y/o actividades terroristas.

6) Las garantías y aseveraciones aquí contenidas son veraces y verificables y estarán vigentes durante la vinculación contractual y me comprometo a actualizarlos cuando existan modificaciones y conforme a los procedimientos que para tal efecto tenga establecido con la entidad. El incumplimiento de esta obligación faculta a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, a recovar y/o rescindir unilateralmente del contrato con justa causa y adicionalmente

exonero a la COOPERTATIVA COMSES de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta.

SI NO

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, con mi firma autorizo como titular de mis datos personales, para que estos, incluidos los sensibles (voz), sean incorporados en una base de datos responsabilidad de la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, para que sean tratados con la finalidad de realizar gestión administrativa, verificación de datos y referencias, gestión y selección de asociados fidelización de clientes, gestión de estadísticas internas, encuestas de opinión, gestión de cobros y pagos, invitaciones a eventos, envío de comunicaciones y contacto a través de los medios registrados, atención al cliente, gestión de facturación, gestión económica y contable, gestión fiscal, marketing, prospección comercial, ofrecimiento de productos y servicios, publicidad propia, segmentación de mercados, transmisión y/o transferencia nacional o datos biométricos como la voz que sean utilizados para la verificación de identidad. Autorizo a la empresa , en la cual laboro, para que en caso de que COMSES solicite información correspondiente a mi salario o datos personales sean suministrados con la finalidad de que estos sean actualizados en las bases correspondientes.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre datos sensibles (voz), entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generen algún tipo de discriminación o sobre menores de edad. El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, corrección, supervisión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante un escrito dirigido a la COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SEGURIDAD SOCIAL COMSES, a la dirección de correo electrónico Atencionalcliente@comses.org indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a la dirección Barrio Armenia Cra 48 #30 -154 Mz F Lote 13 en la ciudad de Cartagena, Bolívar.

SI NO

Para constancia firmo el presente documento legalizado mediante el método de firma electrónica y para ello autorizo el uso y grabación de la voz que se incorporan en el documento.

Firma
