Aipe, 19 de julio de 2022.

**En calidad de DEUDOR PRINCIPAL Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**en calidad de CODEUDOR, Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**en calidad de CODEUDOR, Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Identificado (identificados) como aparece en nuestras firmas y obrando en mi (nuestro) nombre DECLARO (DECLARAMOS) de manera libre y voluntaria a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE AIPE – COOPEAIPE, con Nit. 800.011.001-7, bajo mi (nuestra) absoluta responsabilidad y conocimiento, para que, en caso de fallecimiento del DEUDOR PRINCIPAL, como CODEUDOR(CODEUDORES) escrito (escritos) en la presente, **ASUMO (ASUMIREMOS)** el pago del saldo del **crédito vigente número** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la fecha del fallecimiento.

Soy (somos) conocedor (conocedores) y acepto (aceptamos), que la presente obligación de crédito NO tiene el cubrimiento del seguro de vida de deudores (invalidez o muerte), **por la enfermedad** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ preexistente del DEUDOR PRINCIPAL y declarada en el formato de asegurabilidad enviado a la empresa prestadora del servicio.

Por tal razón, me (nos) acojo (acogemos) a todas las consecuencias jurídicas y legales, comerciales, financieras y demás que autorice o establezca la Ley, y desde la firma nos allanamos a cualquier clase de pretensión de COOPEAIPE en caso de proceso judicial.

En constancia firmamos a los \_\_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Deudor Principal**  **No. Identificación:** | **HUELLA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Codeudor Solidario**  **No. Identificación:** | **HUELLA** | **Codeudor Solidario**  **No. Identificación:** | **HUELLA** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO** | | | | | | | | | |
| **OBJETIVO** | | | | Dejar constancia del pago del crédito no asegurado por enfermedad preexistente en caso de fallecimiento del deudor principal por parte de los codeudores. | | | | | |
|
| **CONTROL Y ARCHIVO** | | | | Diligenciar el presente formato y tomar las firmas y huellas del deudor y codeudor(es). Luego hace parte integral del crédito que será archivado en la carpeta del asociado. | | | | | |
|
|
| **CRITERIOS PARA UN CORRECTO DILIGENCIAMIENTO** | | | | | | | | | |
| **No.** | **CAMPO Y DESCRIPCIÓN** | | | | | | | | |
| 1 | **En calidad de DEUDOR PRINCIPAL Yo:** Diligenciar el nombre(s) y apellido(s) completos del deudor | | | | | | | | |
| 2 | **en calidad de CODEUDOR, Yo:** Diligenciar el nombre(s) y apellido(s) completos del codeudor | | | | | | | | |
| 3 | **en calidad de CODEUDOR, Yo:** Diligenciar el nombre(s) y apellido(s) completos del codeudor | | | | | | | | |
| 4 | **crédito vigente número:** Diligenciar el número del crédito a desembolsar | | | | | | | | |
| 5 | **por la enfermedad:** Diligenciar el nombre de la enfermedad por la que no aseguran el crédito | | | | | | | | |
| 6 | **En constancia firmamos a los:** Diligenciar el Dia, Mes y Año en que se firma el documento. | | | | | | | | |
| 7 | **Firmas**: Registrar la firma, número de identificación y huella del Deudor y codeudor o codeudores | | | | | | | | |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | | | | | | | | |
| **Elaboró** | | | | | **Revisó** | | **Aprobó** | | |
| **Nombre:** | | Edward Izquierdo | | | **Nombre:** | Yesicca Varga | **Nombre:** | | Yina Cubillos |
| **Cargo:** | | Asesor Procesos | | | **Cargo:** | Coordinador de Crédito | **Cargo:** | | Gerente |
| **Fecha:** | | 23/06/2022 | | | **Fecha:** | 23/06/2022 | **Fecha:** | | 23/06/2022 |
| **Revisión Jurídico** | | | | | **Nombre** | Yoan Orlando Garay | **Fecha** | | 23/06/2022 |
| **Fecha** | | | **DESCRIPCIÓN** | | | | | **VERSIÓN** | |
| 06/06/2022 | | | Elaboración inicial del documento | | | | | 1 | |