



**SELECCION CON UNA X EL TIPO DE PRODUCTO Y TIPO DE VINCULACIÓN**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DD	MM	AAAA	Ciudad	Cod. Asesor
Monto solicitado	\$	Plazo Solicitado (meses)	Valor prima Seguro vida deudor		
FORMA DE PAGO INTERESES INICIALES	Incremento Capital	DESTINO DEL CRÉDITO	Libre Inversión	Refinanciación	Compra de Cartera
			Otro	¿Cuál?	

**DATOS PERSONALES DEL TITULAR Y ASEGURADO**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	PASAPORTE	Carnet Diplomático
NÚMERO DEL DOCUMENTO		Fecha De Expedición	Lugar de Expedición
Genero	Lugar De Nacimiento	Nacionalidad	Fecha De Nacimiento
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Unión Libre
		Viudo	Divorciado
		Personas a Cargo	
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria	Tecnólogo	Postgrado
		Profesional	Ninguno
		Otro	¿Cuál?
OCUPACIÓN	Empleado	Pensionado	Entidad pagadora
		Otro	¿Cuál?

Dirección de Residencia:	Barrio:	Ciudad/ Municipio:	Departamento:
Celular:	Teléfono de Residencia:	TIPO DE VIVIENDA	Propia
		Familiar	Arrendada
		Estrato	
E-mail:		En caso contrario seleccione	Dirección de Residencia
			Dirección de Empresa

SI ES EMPLEADO, POR FAVOR DILIGENCIE ESTE ESPACIO		TIPO DE EMPRESA	Pública	Fecha de Ingreso
Nombre De La Empresa		Privada	DD	MM
Donde Trabaja Actualmente:		AAAA		
Cargo Actual:	TIPO DE CONTRATO	Fijo	Temporal	Otro
		Indefinido	Prestación de Servicios	¿Cuál?
E-mail Oficina:	Teléfono Oficina:			
Dirección Oficina:	Barrio:	Ciudad / Municipio:	Departamento:	

Si Lleva menos de seis (6) Meses de antigüedad en la empresa actual, Indique empresa anterior:	Tiempo de Vinculación (en Meses)	Fecha de Ingreso	Fecha de Retiro	
		DD	MM	
		AAAA	DD	
		MM	AAAA	
¿Es funcionario público?	SI	NO	¿Administra recursos públicos?	
		SI	NO	
		SI	NO	
		¿Goza de reconocimiento público?		
		SI		
		NO		
Si respondió afirmativamente alguna de las preguntas anteriores usted es considerado PEP*. Diligencie la tabla que aparece a continuación, con la información de la persona con la cual tiene una sociedad conyugal, de hecho o de derecho, los datos de sus familiares hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil**.				
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO	NACIONALIDAD	TIPO DE RELACIÓN

**DATOS DEL CÓNYUGUE (Compañero (a) permanente)**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	C.E.	Pasaporte
Carnet Diplomático		Número De Documento	
Celular:	Ocupación U Oficio:	E-mail:	
Empresa Donde Trabaja:	Dirección de la Empresa:	Teléfono de la Empresa:	

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingresos mensuales (salario, pensión, prestación de servicios)	\$	Egresos Mensuales	\$
Otros Ingresos	\$	Otros Egresos	\$
¿Cuáles?		¿Cuáles?	
Total Ingresos	\$	Total Egresos	\$

**DETALLES ACTIVOS**

Tipo De Inmueble:	Matricula Inmobiliaria:	Valor Comercial:	Dirección:	Ciudad:	Hipoteca	SI	NO
Tipo De Vehículo:	Marca	Modelo	Placa	Valor Comercial:	Pignorado	SI	NO
					Asegurado	SI	NO

**TOTAL ACTIVOS**

\$

**TOTAL PASIVOS**

\$

**ACTIVIDAD ECONÓMICA**

OCUPACIÓN	Empleado	Pensionado	Independiente	Otro, ¿Cuál?	RÉGIMEN DE IVA	Régimen Común	Régimen Especial	¿Declara Renta?	SI	NO	¿Declara ICA?	SI	NO	Retención en la fuente	SI	NO
SECTOR DE LA ACTIVIDAD	Comercial	Transporte	Construcción	Servicios Financieros	Agroindustrial	Turismo	Salud	Educación	Código CIU:							
Breve Descripción																

**REFERENCIAS**

**REFERENCIAS FAMILIARES (QUE NO VIVAN CON EL SOLICITANTE)**

Nombre:	Teléfono:	Celular:	Parentesco:	Ciudad:
---------	-----------	----------	-------------	---------

**REFERENCIAS PERSONALES (QUE NO TRABAJEN CON EL SOLICITANTE)**

Nombre:	Teléfono:	Celular:	Parentesco:	Ciudad:
---------	-----------	----------	-------------	---------

**CRÉDITOS VIGENTES A RECOGER**

NOMBRE ENTIDAD	NIT	SALDO A RECOGER
1.		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$

**INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO**

MODALIDAD DE DESEMBOLSO	Giro Bancario en efectivo / Pin	Abono en Cuenta	Ahorros Corriente	Número de Cuenta	Entidad:	Ciudad:

**OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?	SI	NO	TIPO DE OPERACIÓN	Importaciones	Exportaciones	Prestamos en Moneda Extranjera	Inversiones	Otro
				Pago de Servicios	Envío/recepción de Giros			

**DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA**

PRODUCTO	ENTIDAD	No. PRODUCTO	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

**REFERIDOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TELÉFONO

REGlamento PARA DÉBITO AUTOMÁTICO - AUTORIZACIÓN DE RECAUDO

Como titular (es) de la cuenta señalada (Cliente), autorizo(amos) incondicionalmente y por término indefinido, por medio de este documento, lo siguiente: (1) a la Entidad Financiera a debitar de la cuenta aquí indicada el valor que corresponde a la transacción débito y entregar dicho valor a la Empresa Recaudadora; (2) a la Empresa Recaudadora a conservar el presente documento en su sede; (3) a la Empresa Recaudadora a enviar la información aquí contenida, de manera electrónica; que ante cualquier error de la Empresa Recaudadora en la conversión electrónica de la Autorización de Recaudación, efectuaré(amos) los reclamos únicos y exclusivamente a la Empresa Recaudadora; (4) a la Entidad Financiera a debitar la cuenta aquí indicada en una fecha diferente a la inicialmente prevista y determinada entre la Empresa Recaudadora y el Cliente, tan solo en aquellos casos en los que la Empresa Recaudadora tenga inconvenientes de índole técnico u operativo que no le permitan debitar la cuenta oportunamente; (5) extender esta misma autorización a modificaciones obligatorias que realice la Entidad Financiera. Como titular(es) de la cuenta señalada me(nos) obligo(amos) a: (1) mantener fondos suficientes en la cuenta indicada para cubrir las operaciones; (2) proveer la autorización de parte de todos los titulares de la cuenta en este documento o las copias del mismo que fueren necesarias, o en su defecto a asumir las consecuencias que se deriven de no declarar la condición de manejo de firmas conjuntas de la cuenta, liberando así a la Empresa Recaudadora y a la Entidad de toda responsabilidad.

Como titular(es) de la cuenta señalada, declaro(amos) que conozco(emos) y acepto(amos) lo siguiente: (1) que el débito autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicados, siempre que la cuenta aquí señalada tenga fondos disponibles y que si el día no fuere hábil, el débito se hará el siguiente día hábil. No obstante, si en esa oportunidad no hay fondos disponibles en la cuenta, el débito podrá hacerse cuando existan fondos disponibles; (2) que la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta podrá abstenerse de hacer el débito si no existen fondos disponibles para ello o si se presenta alguna causal que lo impidan; (3) que si deseo(amos) autorizar a otra Entidad Financiera, a otro número o tipo de cuenta, debo(emos) cancelar el formato vigente y diligenciar una nueva Autorización de Recaudación; (4) que la presente Autorización de Recaudación solamente podrá ser cancelada mediante comunicación escrita enviada a la Empresa Recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta, con anticipación no inferior a diez(10) días hábiles a la fecha a partir de la cual se desee hacer efectiva la cancelación; (5) que debo(emos) dirigir las reclamaciones o solicitudes de devolución, en cualquier momento, a la empresa recaudadora y a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) radicada la cuenta en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la fecha de aplicación del débito; (6) que puedo(podemos) dar una orden de no pago a la sucursal de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta, para una transacción débito específica con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles antes de la fecha de aplicación del débito; (7) que presentar ordenes de no pago o solicitud de devoluciones reiteradas, puede implicar un costo adicional o ser causal de cancelación del servicio por parte de la Empresa Recaudadora o por parte de la Entidad Financiera donde tengo(tenemos) la cuenta.

Al dar la presente autorización soy (somos) consciente(s) que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida, por lo cual autorizamos desde ahora la correspondiente divulgación a la Empresa Recaudadora, al Banco Originador de las transacciones y a la cámara de compensación Electrónica. Autorizo expresamente el Débito automático. SI NO

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA

(Para uso exclusivo de CREDIFINANCIERA S.A. C.F.)

ENTIDAD FINANCIERA DONDE EL TITULAR TIENE LA CUENTA

Banco: Ciudad: Número de la Cuenta TIPO DE CUENTA: Corriente Ahorro

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA RECAUDADORA

(Para uso exclusivo de CREDIFINANCIERA S.A. C.F.)

NIT de la Empresa Recaudadora: Código: Descripción del Servicio a Recaudar: Código Único de Referencia del Servicio a Pagar:

En mi calidad de titular de la cuenta, identificado como aparece al pie de mi firma, expresamente, AUTORIZAMOS A LA EMPRESA RECAUDADORA, llene los espacios que se han dejado en blanco en dicho formato de AUTORIZACIÓN DE RECAUDO, para lo cual deberá ceñirse a las siguientes instrucciones:

- PRIMERO: El nombre de la entidad financiera donde tengo la cuenta, la sucursal, la ciudad, el número de la cuenta y el tipo de cuenta a consignar en el acápite INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA serán aquellos que existan al momento de ser llenados los espacios.
SEGUNDO: Los espacios en blanco se llenarán cuando ocurra cualquier tipo de reclamación en relación con el particular.
TERCERO: La fecha será aquella en que se llenen los espacios dejados en blanco.

Así mismo, otorgo a la Entidad Financiera, un mandato sin representación para recibir transacciones débito enviadas por la empresa Recaudadora, debitando mi cuenta aquí identificada, de acuerdo con la información aquí contenida, y según el siguiente Reglamento.

Para constancia se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_

a los(\_\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_ del año (\_\_\_\_).

Firma del Titular

DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD

Table with columns for ENFERMEDAD, SI, NO, ENFERMEDAD, SI, NO, ENFERMEDAD, SI, NO, ENFERMEDAD, SI, NO, ENFERMEDAD, SI, NO. Rows include Hipertensión arterial, Diabetes, Dislipidemia, Cáncer, Enfermedades del corazón, Neumonía, Úlcera Gástrica, Enfermedades cerebro vasculares, Enfermedades neurológicas, Enfermedades de los riñones, Enfermedad mental, Hepatitis B,C,D, Trastornos inmunológico, Artritis, Sida, Ceguera, Sordera, Pérdida de una parte del cuerpo, Otra enfermedad no descrita anteriormente.

Si la respuesta es afirmativa, indique: 1.-Tipo de enfermedad, fecha de diagnóstico, tratamiento. ESTATURA PESO. 2.-Tipo de enfermedad, fecha de diagnóstico, tratamiento. Recuerde que es necesario informarnos de todas las enfermedades o padecimientos que le han sido diagnosticados, evitando así que pueda negarse la indemnización reclamada. Extra prima: Aceptando el análisis del departamento médico de la aseguradora POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A para efectos estrictamente de suscripción autorizo aplicar recargos en la tarifa del seguro VIDA DEUDOR por mi estado de salud actual. RECARGO: % Valor recargo mensual por prima: \$

En los casos en los cuales el valor asegurado durante la vigencia del seguro y del crédito, permanezcan igual, serán beneficiarios de la diferencia entre el valor asegurado y el saldo insoluto de la deuda, los beneficiarios designados o los beneficiarios de ley "La cobertura del producto de vida deudor entra en vigencia a partir del momento del desembolso del crédito. La vigencia será anual con renovación automática. Para la póliza de vida la revocación será por parte del asegurado, la compañía de seguros se rige por el artículo 1159 del código de comercio"

Hasta el monto de la deuda designo como primer beneficiario a título oneroso a CREDIFINANCIERA S.A. C.F., y el remanente si existiera a los siguientes beneficiarios a título gratuito

Table with columns: NOMBRES Y APELLIDOS, CEDULA, PARENTESCO, % PARENTESCO, TELÉFONO, CIUDAD. Rows 1, 2, 3.

PÓLIZA DE DEUDOR No. 3400002600

CERTIFICADO CF No.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SEGURO DE VIDA DEUDOR

DECLARO (AMOS): Que estando en libertad para contratar esta póliza con cualquier compañía de seguros legalmente constituida en Colombia, conozco y decido aceptar los términos y condiciones de la presente póliza. PAGO DE LA PRIMA: Declaro (amos) que soy (somos) el (los) único (s) obligado al pago de la prima y que conozco(emos) que en caso de incumplimiento de mi (nuestra) parte de esta obligación, el contrato de seguros podrá darse por terminado automáticamente según el artículo 1068 del código de comercio. Se entenderá que existe mora cuando después de la tercera prima mensual acumulada en que la compañía POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS, en adelante POSITIVA, no hubiese recibido el pago de la prima del seguro correspondiente. En caso de mora la fecha de terminación del certificado individual de seguro será la fecha del último recaudado efectivo que se hubiese hecho a favor de la aseguradora. TRATAMIENTO DE DATOS: Autorizo a POSITIVA, para la recolección, almacenamiento y uso de mis datos personales con la finalidad vincularme como cliente de POSITIVA. Autorizo a la compañía para proceder con 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 POSITIVA 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, publicitarias y para adelantar todos los procesos de relacionamiento con el cliente (soportados o no en tecnología), para un abordaje integral con todos mis productos y soluciones contratadas dentro del POSITIVA.

Autorizo a POSITIVA 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 POSITIVA para ejercer los derechos sobre sus datos personales, comunicarse a la línea de Atención al 3307000 Bogotá o al 01 8000111170 o al # 533 en el resto del país. Para conocer nuestra política de privacidad visite www.positiva.gov.co

Asimismo, autorizan que la "información del cliente" sea recolectada, usada, almacenada, circulada y/o compartida por POSITIVA, o por cualquiera de las entidades con las que cualquiera de estas sociedades tenga un convenio para la comercialización de los seguros y otros productos financieros o similares. Recuerde que para quejas sobre el seguro cuenta con el Defensor del Consumidor Financiero: Jorge Humberto Martínez Luna. E-mail: defensor@positiva.gov.co Defensor del Consumidor Financiero Suplente Cesar Alejandro Pérez Hamilton. e-mail: defensorsuplente@positiva.gov.co Oficinas Tel. 3864082. Avda. Carrera 20 No. 86-10 Oficina 303 Antiguo Country. Horario: Jornada Continua de Lunes a Viernes. Fines de semana y festivos vía correo electrónico.

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS E INFORMACIÓN DEL TITULAR

El Cliente declara que los recursos que girará o entregará en desarrollo del presente contrato no provienen, ni provendrán actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano y que provienen de \_\_\_\_\_. Así mismo, declara que la información suministrada en esta solicitud es real y verificable y asume plena responsabilidad por la información errónea, falsa o inexacta que hubiere proporcionado en este documento o durante la vigencia del contrato, información que se compromete a actualizar al menos una vez año y cuando sea relevante para el desarrollo del contrato.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a C.A. CREDIFINANCIERA S.A.C.F. a sus cesionarios o a quien represente sus derechos para: a) consultar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgo toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito y/o cualquier otro servicio financiero; b) Reportar en las centrales de riesgo, directamente o por intermedio de las entidades públicas que ejercen funciones de vigilancia y control, datos tratados o sin tratar, referidos a: (i) cumplimiento oportuno e incumplimiento, de mis obligaciones crediticias, deberes constitucionales y legales de contenido patrimonial, de tal forma que estas presenten una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor después de haber cruzado y procesado diversos datos útiles para obtener una información significativa; (ii) mis solicitudes de crédito así como otros afines a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicos o documentos públicos; c) Conservar, tanto en C.A. CREDIFINANCIERA S.A.C.F. como en las centrales de riesgos, con las debidas actualizaciones y durante el periodo necesario señalado en sus reglamentos la información suministrada. Reconozco y acepto que C.A. CREDIFINANCIERA S.A.C.F. no es responsable de los períodos de permanencia de tal información en los bancos de datos, toda vez que su obligación es la actualización de los reportes efectuados.

TITULARES

Manifiesto que he diligenciado de manera voluntaria la presente solicitud, y declaro conocer y aceptar las condiciones del producto solicitado así como recibido el condicionado del seguro en formato de condiciones generales del crédito libranza y Tratamiento de información de clientes. CÓDIGO 26/02/2013- 1423-P-34-VGGV002 NOTA TÉCNICA 11/02/ 2011 - 1423 - NF-P - 34-VGABV001 / CÓDIGO 26/02/2013 1423-A-34-VGDV002 NOTA TÉCNICA 11/02/2011 - 1423 - NF-P - 34-VGABV001 CÓDIGO 11/02/ 2011 - 1423-A-34-VGITPCV001/ NOTA TÉCNICA 11/02/ 2011 - 1423 - NF-A - 34-VGITPCV001

Me obligo en los mismos términos que el deudor principal

FIRMA DEL DEUDOR

FIRMA DEL DEUDOR SOLIDARIO

NOMBRE C.C. Huella índice derecho NOMBRE C.C. Huella índice derecho

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR ASESOR (A) COMERCIAL

Observaciones: En mi calidad de Asesor Comercial para CREDIFINANCIERA declaro que he asesorado y entrevistado personalmente al solicitante. Así mismo, declaro que el solicitante diligenció en mi presencia la solicitud adjunta y todos los anexos, que le tomé las huellas dactilares y verifiqué la veracidad de los documentos que se adjuntan a la presente solicitud. Por lo anterior declaro que la información de esta solicitud y anexos no será compartida, transferida o entregada a terceros.

NOMBRE ASESOR(A) COMERCIAL FIRMA DEL ASESOR (A) COMERCIAL FECHA HORA: LUGAR: C.C. DÍA MES AÑO