



TOMADOR: CREDIFINANCIERA S.A. • NIT: 900.168.231-1
DILIGENCIAR EL FORMATO EN TINTA NEGRA Y LOS ESPACIOS QUE NO APLIQUEN REGISTRAR N/A

SOLICITUD DE CRÉDITO LIBRANZA Y SEGURO VIDA DEUDOR

SECTOR PÚBLICO

TITULAR

SECTOR PRIVADO

DEUDOR SOLIDARIO



02020201000000

SELECCIONA CON UNA X EL TIPO DE PRODUCTO Y TIPO DE VINCULACIÓN

Titular	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
DD	MM	AAAA	
Genero	Lugar De Nacimiento	Nacionalidad	Fecha De Nacimiento
M	F		DD
			MM
			AAAA
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Unión Libre
			Viudo
			Divorciado
			Personas a Cargo
NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria	Tecnólogo	Postgrado
	Secundaria	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

El deudor expresamente acepta recibir la correspondencia, estado de cuenta, reporte anual de costos y demás información relacionada con los productos de C.A. Credifinanciera S.A. C.F., a la dirección de correo electrónico aquí registrada.

SI ES EMPLEADO, POR FAVOR DILIGENCIE ESTE ESPACIO

Nombre De La Empresa	TIPO DE EMPRESA	Pública	Fecha de Ingreso
Donde Trabaja Actualmente:		Privada	DD
			MM
			AAAA
Cargo Actual:	TIPO DE CONTRATO	Fijo	Temporal
		Indefinido	Otro
¿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
			DD
			MM
			AAAA
¿Es funcionario público?	SI	NO	¿Administra recursos públicos?
			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		E-mail:	
Celular:	Ocupación U Oficio:		
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	Servicios Financieros	Agroindustrial	Salud	Turismo	Educación	Código CIU:								
Breve Descripción	Industrial	Construcción														

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:
	Cheque					

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

Notas Aclaratorias: PEP: *Persona políticamente o públicamente expuesta, se catalogan como PEP aquellas personas que son funcionarios públicos, gozan de reconocimiento público o administran recursos públicos. **Reglas para determinar el parentesco: *Primer grado de consanguinidad: línea directa padre y madre, hijos. Segundo grado de consanguinidad: línea directa abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: Padres del cónyuge, hijos aun cuando no sean hijos naturales, los hijos propios de su cónyuge que no sean suyos, para los casos de adopción, legalmente ejecutada, se establecerá un parentesco de orden civil. Segundo grado de afinidad: Abuelos del cónyuge, nietos cónyuge, hermanos del cónyuge Primero Civil: Hijos adoptivos y padres adoptantes.

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 Recaudo, efectuaré(emos) los reclamos única 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(amos) 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 Recaudo; (4) que la presente Autorización de Recaudo 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 un 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

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Hipertensión arterial			Neumonía			Enfermedad mental			Obesidad		
Diabetes			Úlcera Gástrica			Hepatitis B,C,D			Sida		
Dislipidemia			Enfermedades cerebro vasculares			Trastornos inmunológico			Ceguera		
Cáncer			Enfermedades neurológicas.			Drogadicción			Sordera		
Enfermedades del corazón			Enfermedades de los riñones.			Enfermedades de la sangre			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 COMPAÑÍA 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 el 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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	PARENTESCO	% PARENTESCO	TELÉFONO	CIUDAD
1.					
2.					
3.					

PÓLIZA DE DEUDOR No. 3400002600/3400002831

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 (s) 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 COMPAÑÍA 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 recaudo 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 800011170 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 atinentes a mis relaciones comerciales, financieras y en general socioeconómicas que yo haya entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos; c) Conservar, tanto en C.A. CREDIFINANCIERA S.A.C.F. como en las centrales de riesgo, 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 periodos 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 los términos y condiciones que establecen los documentos denominados "CONDICIONES PREVIAS Y GENERALES DE CRÉDITO DE LIBRANZA C.A. CREDIFINANCIERA S.A. C.F." y el "REGLAMENTO DE PRODUCTO", los cuales me fueron entregados y puestos a disposición en la página web www.credifinanciera.com.co, 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 - NTP - 34-VGABV001 / CÓDIGO 26/02/2013 1423-A-34-VGGV002 NOTA TÉCNICA 11/02/2011 - 1423 - NTP - 34-VGABV001 CÓDIGO 11/02/2011 - 1423-A-34-VGTPV001 / NOTA TÉCNICA 11/02/2011 - 1423 - NTP - A-34-VGTPV001.

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