



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

Titular

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: DD MM AAAA _____ Lugar de Expedición: _____

Genero: _____ Lugar De Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Fecha De Nacimiento: DD MM AAAA _____ ESTADO CIVIL: Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado Personas a Cargo: _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria Secundaria Tecnólogo Profesional Postgrado Ninguno Otro ¿Cuál? _____ Profesión: _____

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

Titular / Deudor Solidario

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

SI ES EMPLEADO, POR FAVOR DILIGENCIE ESTE ESPACIO

Nombre De La Empresa Donde Trabaja Actualmente: _____ TIPO DE EMPRESA: Pública Privada Fecha de Ingreso: DD MM AAAA _____

Cargo Actual: _____ TIPO DE CONTRATO: Fijo Indefinido Temporal Prestación de Servicios 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 _____ Fecha de Retiro: 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 CÓNYUGE (Compañero (a) permanente)

Titular

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

Titular / Deudor Solidario

Ingresos mensuales (salario, pensión, prestación de servicios) \$ _____ Egresos Mensuales \$ _____

Otros Ingresos \$ _____ Otros Egresos \$ _____

¿Cuáles? _____ ¿Cuáles? _____

Total Ingresos \$ _____ Total Egresos \$ _____

DETALLES ACTIVOS

Tipo De Inmueble: _____ Matrícula 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

Deudor Solidario

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 Agroindustrial Salud Industrial Construcción Servicios Financieros Turismo Educación

Breve Descripción: _____ Código CIU: _____

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 Pago de Servicios Exportaciones Envío/Recepción de Giros Prestamos en Moneda Extranjera Inversiones Otro _____

DESCRIPCIÓN DE LOS PRODUCTOS EN MONEDA EXTRANJERA

PRODUCTO	ENTIDAD	No. PRODUCTO	MONTO	CIUDAD	PAÍS	MONEDA

REFERIDOS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TÉLFONO

REGLAMENTO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo expresamente a CREDIFINANCIERA S.A. para poder debitar de cualquier contrato de depósito que tenga para con esta, los valores que por cualquier concepto le deba a CREDIFINANCIERA S.A. en calidad de deudor. Para que proceda dicha autorización, esta deberá estar contenida en los contratos de producto, reglamentos de crédito y/o pagarés y/o carta de instrucciones que suscriba EL CLIENTE con CREDIFINANCIERA S.A..
 CREDIFINANCIERA S.A. procederá a realizar el débito, siempre que se cumplan los siguientes presupuestos: 1) Que sea deuda de dinero. 2) Que la deuda sea líquida; y 3) Que sea actualmente exigible.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Peso kg | Estatura Mts | Diestro Ambidiestro Zurdo Deporte que practica:

Ocupación detallada: Valor Asegurado: \$

1. Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Corazón			Hipertención Arterial			Enfermedades Neurológicas			Riñones		
Cancer			Diabetes			Enfermedades Hepáticas			Pulmones		
Depresión			demenia			Enfermedades Psiquiátricas			Trantornos Mentales		
Infección por HIV											

2. ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? SI NO

3. ¿Ha tenido o tiene alguna pérdida funcioal o anatómica, ha padecido accidentes que impidadrn desempeñar labores propias de su ocupación o sabe si será hospitalizado o intervenido quirurgicamente? SI NO

4. ¿Ha tenido a tiene algun procedimiento no quirurgico pendiente? SI NO

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, dar detalles.

5. ¿Tiene Perdida de capacidad laboral permanente? SI NO

6. ¿Le ha sido declarada leganlmente perdida de capacidad laboral permanente en 50% o mas? SI NO

7. ¿Le ha sido declarada legalmente pérdida de capacidad laboral permanente en menos del 50%? SI NO

8. ¿Esta tramitando el reconocimiento legal de pérdida de capacidad laboral permanente? SI NO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	PARENTESCO	% DESIGNADO	TELÉFONO	CIUDAD

PÓLIZA DEUDOR No. 994000000002

CERTIFICADO CF No.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizó de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA para tratar mis datos personales siempre y cuando sea con la finalidad de realizar las actividades propias del contrato de seguro, entendiéndose como el proceso de suscripción e indemnización, por ello manifiesto que acepto que sean recolectados, consultados, verificados, almacenados, grabados, compartidos y reportados:

- a) Mis datos financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual.
- b) Los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.
- c) Mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.

Autorizo y entiendo que los datos anteriormente autorizados pueden ser transferidos y/o transmitidos a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente: 1. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. 2. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Manifiesto haber leído, entendido y aceptado lo anterior, así como las condiciones particulares del presente seguro, igualmente declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los días del mes de del año en la ciudad de .

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE FIRMA SOLICITANTE C.C. Huella índice derecho

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE CENTRALES DE RIESGO E INFORMACIÓN

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 CREDIFINANCIERA S.A., 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 CREDIFINANCIERA S.A. 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 CREDIFINANCIERA S.A. 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 CREDIFINANCIERA S.A. y el "REGLAMENTO DE PRODUCTO", los cuales me fueron entregados y puestos a disposición en la página web www.creditfinanciera.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-VGV0002 NOTA TÉCNICA 11/02/2011-1423-NF-P-34-VGABV001 / CÓDIGO 26/02/2013-1423-A-34-VGV002 NOTA TÉCNICA 11/02/2011-1423-NF-P-34-VGABV001 CÓDIGO 11/02/2011-1423-A-34-VGIPV001 / NOTA TÉCNICA 11/02/2011-1423-NF-A-34-VGIPV001.

FIRMA DEL DEUDOR

NOMBRE C.C. Huella índice derecho

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR ASESOR (A) COMERCIAL

Observaciones:

En mi calidad de Asesor Comercial para CREDIFINANCIERA S.A. 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 verifique 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 sera compartida, transferida o entregada a terceros.

NOMBRE ASESOR(A) COMERCIAL	FIRMA DEL ASESOR (A) COMERCIAL	FECHA			HORA:	LUGAR:
		DÍA	MES	AÑO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>