

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 29/11/2017 Ciudad: VICENCIO Cod. Asesor: JY & ASOCIADOS

Monto solicitado: \$ 2.500.000 Plazo Solicitado (meses): 31 Valor prima Seguro vida deudor: \_\_\_\_\_

FORMA DE PAGO: Incremento Capital  DESTINO DEL CRÉDITO: Libre Inversión  Refinanciación  Compra de Cartera  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL TITULAR Y ASEGURADO**

Primer Apellido: CUELLAR Segundo Apellido: CLARTE Primer Nombre: JHON Segundo Nombre: ALEJANDRO

TIPO DE DOCUMENTO: C.C.  PASAPORTE  Carnet Diplomático  NÚMERO DEL DOCUMENTO: 1032479042 Fecha De Expedición: 27/02/2014 Lugar de Expedición: BOGOTÁ

Genero:  Masculino  Femenino Lugar De Nacimiento: VICENCIO NACIONALIDAD: COLOMBIANA Fecha De Nacimiento: 10/02/1996 ESTADO CIVIL: Soltero  Casado  Unión Libre  Viudo  Divorciado  Personas a Cargo: 0

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Primaria  Secundaria  Tecnólogo  Profesional  Postgrado  Ninguno  Otro  Profesión: SUBTENIENTE

OCUPACIÓN: Empleado  Pensionado  Entidad pagadora: EJERCITO NACIONAL Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia: RA 19 # 13-23 Barrio: UN ACACIAS Ciudad/Municipio: VICENCIO Departamento: META

Celular: 3272694054 Teléfono de Residencia: \_\_\_\_\_ TIPO DE VIVIENDA: Propia  Familiar  Arrendada  Estrato: 3

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. Cf, a la dirección de correo electrónico aquí registrada. E-mail: \_\_\_\_\_

En caso contrario seleccione Dirección de Residencia  Dirección de Empresa

**SI ES EMPLEADO, POR FAVOR DILIGENCIE ESTE ESPACIO**

Nombre De La Empresa: EJERCITO NACIONAL TIPO DE EMPRESA: Pública  Privada  Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Donde Trabaja Actualmente: EJERCITO NACIONAL

Cargo Actual: SUBTENIENTE TIPO DE CONTRATO: Fijo  Indefinido  Temporal  Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

E-mail Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: 4261441

Dirección Oficina: RA 50 # 18A-43 Barrio: PTE ARANDA Ciudad / Municipio: BOGOTÁ Departamento: CONDINAMARCA

Si Lleva menos de seis (6) Meses de antigüedad en la empresa actual, Indique empresa anterior:

¿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 primer 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): \$ 3.129.967 Egresos Mensuales: \$ 498.695

Otros Ingresos: \$ \_\_\_\_\_ Otros Egresos: \$ \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Total Ingresos: \$ 3.129.967 Total Egresos: \$ 498.695

**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: \$ N/A TOTAL PASIVOS: \$ N/A

**ACTIVIDAD ECONÓMICA**

OCUPACIÓN: Empleado  Pensionado  Independiente  Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

REGIMEN 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  Código CIU: 010

Breve Descripción: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS**

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

Nombre: JORENA CUELLAR Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 3227605916 Parentesco: PRIMA Ciudad: FBASQUE

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

Nombre: JHON MOLINA Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: 3212933841 Parentesco: AMIGO Ciudad: NEIVA

**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: 20027700565 Entidad: Banco de Bogotá Ciudad: \_\_\_\_\_

**OPERACIONES INTERNACIONALES**

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? SI  NO  TIPO DE OPERACIÓN: Importaciones  Exportaciones  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	TELÉFONO

CAL. CREDIFINANCIERA S.A. CF  
 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. NIT: 860.011.153-6  
 SEGURO DE VIDA  
 Códigos: FO-GCC-001 versión 7 FECHA ACTUALIZACIÓN: 2017/03/30 HOJA 1 de 2

Notas aclaratorias: PEP: Persona políticamente o públicamente expuesta, se catalogan como PEP aquellos 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 suyo, para los casos de adopción, legalmente, hijos. Segundo grado de afinidad: Abuelos del cónyuge, nietos cónyuge, hermanos del cónyuge. Primer grado de afinidad: 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(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(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(amos) 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 impida; (3) que si desee(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) 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 ( ).

X  Firma del Titular

**DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD**

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Hipertensión arterial		<input checked="" type="checkbox"/>	Neumonía		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades de la sangre		<input checked="" type="checkbox"/>	Sordera		<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	Úlcera Gástrica		<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis B,C,D		<input checked="" type="checkbox"/>	Obesidad		<input checked="" type="checkbox"/>
Dislipidemia		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades cerebro vasculares		<input checked="" type="checkbox"/>	Trastornos inmunológico		<input checked="" type="checkbox"/>	Artritis		<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades neurológicas		<input checked="" type="checkbox"/>	Artritis		<input checked="" type="checkbox"/>	Sida		<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón		<input checked="" type="checkbox"/>	Enfermedades de los riñones		<input checked="" type="checkbox"/>	Drogadicción		<input checked="" type="checkbox"/>	Ceguera		<input checked="" type="checkbox"/>

Si la respuesta es afirmativa, indique:  
 1.-Tipo de enfermedad \_\_\_\_\_ fecha de diagnóstico \_\_\_\_\_ tratamiento \_\_\_\_\_ ESTATURA 1.72 PESO 71  
 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, permanezca 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

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

PÓLIZA DE DEUDOR No. 340002600

CERTIFICADO CF No. 300899

**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(amos) 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 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 INVEREAS 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 abanque 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 llene 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](http://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](mailto:defensor@positiva.gov.co) Defensor del Consumidor Financiero Suplente Cesar Alejandro Pérez Hamilton. e-mail: [defensorsuplente@positiva.gov.co](mailto: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 SALARIO. 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 otras afines 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 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 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 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-VGIPV001/ NOTA TÉCNICA 11/02/ 2011 - 1423 -NF-A- 34-VGIPV001

Me obligo en los mismos términos que el deudor principal

 NOMBRE JHON ALEJANDRO CUELLAR OLIVERA C.C. 7032479042

 Huella índice derecho

NOMBRE C.C. \_\_\_\_\_

Solicitud de Crédito

 101853322719

**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 JONATHAN OLIVERA C.C. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

DÍA MES AÑO