SOLICITUD DE LIBRANZA No.

HD ASESORES
NIT.: 900.689.302-1

PAGADURÍA:

DEUDOR ☐ CODEUDOR ☐ AVALISTA ☐ PAGARÉ No. ☐

FECHA PRESENTACIÓN DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

CIUDAD:	MONTO SOLICITADO $	PRODUCTOS	LINEA DE LIBRANZA
		CRÉDITO LIBRANZA ☐	LIBRE INVERSIÓN ☐
CUOTA:	PLAZO (meses)	COMPRA CARTERA ☐	REFINANCIAMIENTO ☐

DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DE DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN CIUDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ C.D. ☐ PAS. ☐ NIT. ☐			DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

FECHA DE NACIMIENTO	PAÍS	NACIONALIDAD	No. PERSONAS A CARGO	SEXO	RESIDENTE
DD ☐ MM ☐ AAAA ☐				F ☐ M ☐	S ☐ N ☐

ESTADO CIVIL	TIPO DE VIVIENDA	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		
SOLTERO ☐ SEPARADO ☐	PROPIA ☐			
VIUDO ☐ UNIÓN LIBRE ☐	FAMILIAR ☐	BARRIO	CIUDAD	DEPARTAMENTO
CASADO ☐ DIVORCIADO ☐	ARRENDADA ☐	TELÉFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO

INFORMACION DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DE DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN CIUDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN
C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ C.D. ☐ PAS. ☐ NIT. ☐			DD ☐ MM ☐ AAAA ☐

PROFESIÓN / OCUPACIÓN	ANTIGÜEDAD LABORAL	SALARIO Y/O INGRESO MENSUAL	CELULAR	TELÉFONO

INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS / DEUDAS	
SUELDO/MESADA PENSIONAL	$	GASTOS SOSTENIMIENTO	$	DEPÓSITOS (AHORRO Y CDT)	$	CRÉDITOS VIVIENDA	$
ARRENDAMIENTOS	$	CUOTA CRÉDITOS Y TDC	$	BIENES RAICES	$	OTROS CRÉDITOS Y TDC	$
OTROS INGRESOS	$	ARRENDAMIENTOS	$	VEHÍCULOS	$	DEUDAS CON PARTICULARES	$
TOTAL INGRESOS	$	OTROS EGRESOS	$	OTROS	$	OTROS CRÉDITOS Y TDC	$
DETALLE OTROS INGRESOS	$	TOTAL EGRESOS	$	TOTAL ACTIVOS	$	TOTAL PASIVOS / DEUDAS	$

REFERENCIAS

FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	TEL / CELULAR	DIRECCIÓN	CIUDAD / DEPTO.
PERSONA QUE NO VIVA CON USTED	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESO	TEL / CELULAR	DIRECCIÓN	CIUDAD / DEPTO.

AUTORIZACION DE DESEMBOLSO

Autorizo a HD ASESORES S.A.S. realizar el desembolso del valor del crédito aprobado en las siguientes formas:

Transferencia ACH _____ Banco _____ Tipo de cuenta: CORRIENTE _ _ AHORROS— — No. _____

En caso de que la cuenta anteriormente relacionada no sea válida, autorizo giro en EFECTIVO _ _, a través de los medios de pago autorizados.

COMPRAS DE CARTERA

OBLIGACIÓN	ENTIDAD	CUOTA	SALDO

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿TIENE OPERACIONES INTERNACIONALES? SI NO ☐	TIPO DE OPERACIÓN	MONTO APROX.	PRODUCTO	NÚMERO	
	Exportaciones, Giros, Importaciones, Órdenes de pago, Inversiones, Prestamos, Cuentas, Otros.	BANCO	PAÍS	CIUDAD	MONEDA

PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS

ES O FUE EMPLEADO PÚBLICO CON PODER O MANEJO DE RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☐

ES REPRESENTANTE LEGAL DE UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL SI ☐ NO ☐

GOZA DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO ☐

ES FAMILIAR DE UNA PERSONA CON LAS ANTERIORES CARACTERÍSTICAS SI ☐ NO ☐

PARENTESCO SI ☐ NO ☐

NOMBRE _____

CARGO _____

FECHA DE VINCULACIÓN _____

FECHA DE DESVINCULACIÓN _____

DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O RECURSOS

Obrando en nombre propio y de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones de origen de bienes y recursos a HD ASESORES S.A.S. con el propósito de dar cumplimiento a las normas relativas a la Prevención del riesgo del Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y demás normas concordantes:

1. Mi actividad, profesión u oficio es licito y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano.
2. La información que he suministrado en este documento es exacta, completa, veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desembolso de créditos no se destinaran en actividades ilícitas o para la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas y los pagos .
4. Los recursos que entregue para cancelar obligaciones a mi nombre son de origen lícito.
5. No admiteré que terceros realicen pagos parciales o cancelación total de mis obligaciones con recursos provenientes de actividades ilícitas.
6. Los recursos que poseo provienen de la actividad económica que refiere la parte inicial de este formulario.
7. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la administración pública, cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del estado o por delitos relacionados por la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, delitos fuente del lavado de activos en Colombia o en el exterior o soborno internacional.
8. Autorizo a HD ASESORES S.A.S. para declarar plazo vencido de la(s) obligacion(es) a mi cargo, en el caso de infracción de cualquiera de los items contenidos en este documento, eximiendo a HD ASESORES S.A.S. de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento, o violación de los compromisos adquiridos.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario son regidos atendiendo las disposiciones legales vigentes y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir las siguientes declaraciones y autorizaciones.

AUTORIZACIONES Y USO DE INFORMACION

1. CONSULTA Y REPORTE EN CENTRALES DE INFORMACION

Autorizo de manera expresa, irrevocable y permanente a HD ASESORES S.A.S., o a quien represente sus derechos o sea cesionario de las obligaciones a mi cargo, para consultar, solicitar, reportar, procesar, transmitir y divulgar mi información crediticia, financiera y comercial ante las centrales de riesgo CIFIN, DATACRÉDITO o cualquier otra entidad que administre bases de datos con fines de evaluación de riesgo, otorgamiento de crédito y manejo de obligaciones. Esta autorización comprende datos sobre contratos, servicios, hábitos de pago, aportes al sistema de seguridad social, deudas vigentes o vencidas, procesos judiciales y utilización de servicios financieros, hasta la extinción total de las obligaciones y durante el plazo legal de permanencia. Reconozco que la consulta pública en dichas centrales es legal y que, en caso de cesión de cartera, la autorización se extiende al nuevo acreedor en iguales términos. Conservo el derecho de verificar la veracidad, exactitud y actualización de la información, exigir rectificaciones y ser informado de las correcciones efectuadas. Autorizo igualmente que las comunicaciones relacionadas con mi comportamiento crediticio se realicen por correo físico, electrónico o mensajes telefónicos, conforme a la Ley 1266 de 2008, la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

2. AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente, autorizo de manera expresa e inequívoca a HD ASESORES S.A.S., o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor de la(s) obligación(es) por mi contraída(s), como deudor o codeudor con HD ASESORES S.A.S., en forma permanente e irrevocable, para que con fines estadísticos, de información interbancaria, crediticia, comercial, legal, de cobro administrativo o judicial, recolecte, use, utilice, circule, consulte, solicite, suministre, reporte, procese, divulgue y/o comparta toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, datos personales, datos biométricos, datos relativos a la salud, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza, a las Centrales de información y Riesgo, entidades de cobro con las cuales HD ASESORES S.A.S. tenga convenio o represente sus derechos y con todas aquellas entidades con las que la Entidad tenga algún tipo de contrato, acuerdo o convenio para la prestación de sus servicios. Autorizo consultar y/o verificar la información de mi titularidad depositada o existente en cualquier organismo o entidad de cualquier naturaleza, incluyendo organismos y entidades que recopilan datos de la seguridad social y tratar dicha información con base en lo aquí autorizado, en particular para validación de información y demás finalidades descritas. He sido informado de la posibilidad de presentar observaciones y reclamos en relación con el tratamiento de mi información a través de los canales de atención de HD ASESORES S.A.S. He sido informado de la posibilidad de presentar observaciones y reclamos en relación con el tratamiento de mi información a través de los canales de atención de HD ASESORES S.A.S.

3. DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS

Autorizo irrevocablemente a HD ASESORES S.A.S. para que en caso de que la solicitud sea negada, destruya los documentos que he aportado, siendo por ende responsable HD ASESORES S.A.S. de efectuar la destrucción de los documentos entregados.

4. ACTUALIZACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.1 Certifico que toda la información suministrada es verídica, exacta y que en el evento de cualquier cambio, este le será comunicado a HD ASESORES S.A.S. a través suyo de acuerdo con los convenios existentes.

4.2 Me obligo a mantener actualizada la información suministrada para lo cual me comprometo a reportar por lo menos una vez al año los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida.

4.3 Autorizo irrevocablemente a HD ASESORES S.A.S. a través suyo, de acuerdo con los convenios existentes, para verificar la información por mi suministrada en el presente documento.

5. CLÁUSULA DE ACEPTACIÓN DE TÉRMINOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Manifiesto que he entendido y he diligenciado de manera voluntaria y veraz toda la información contenida en la presente solicitud de productos. Así mismo, obrando en nombre propio y de manera voluntaria declara bajo la gravedad de juramento que la información suministrada en esta entrevista es cierta.

6. CLÁUSULA DE ACEPTACIÓN DE REGLAMENTOS Y/O CONTRATOS

El cliente declara expresamente que en la fecha de firma de la presente solicitud ha recibido de parte de HD ASESORES S.A.S., un ejemplar de los reglamentos y/o contratos de los productos que ha adquirido, los cuales acepta y conoce en todas sus partes. Así mismo, para la adquisición de productos y servicios que el cliente realice en el futuro, este se obliga a solicitar a HD ASESORES S.A.S., el respectivo reglamento y/o contrato dando por entendido su aceptación y conocimiento antes de iniciar la utilización del respectivo producto. Igualmente, declara que se le ha informado debidamente que los citados reglamentos y/o contratos se encuentran disponibles para su consulta en las oficinas de la entidad. En el evento que HD ASESORES S.A.S. realice alguna modificación al texto de los reglamentos y/o contratos, dichas modificaciones serán notificadas al cliente por el medio que este considera más adecuado.

7. CLÁUSULA DE ACEPTACIÓN DE CONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN SOBRE COBRANZA PREJUDICIAL Y JUDICIAL

Declaro que he recibido la información relativa a los procesos de cobranza jurídica y pre jurídica que adelante HD ASESORES S.A.S., en cumplimiento de lo establecido en la Circular 048 de 2008 de la Superintendencia Financiera de Colombia. Así mismo, declaro que HD ASESORES S.A.S. me ha informado que el documento que contiene la información relativa a los procesos de cobranza jurídica y pre jurídica, puede ser consultado en las oficinas de la empresa.

8. En caso de pago anticipado del crédito autorizo a HD ASESORES S.A.S. a liquidarme dentro del saldo del crédito, los valores (como comisiones, intereses iniciales, entre otros) que fueron diferidos en el total del plazo del crédito y que por el pago anticipado no se cubrieron en su totalidad.

9. Autorizo a HD ASESORES S.A.S. para tener acceso a mi historia clínica aún después de mi fallecimiento y a todos los datos que en ella se registren o llegaran a registrarse. Esta autorización comprende igualmente la posibilidad de obtener copia de la historia clínica.

10. Autorizo a HD ASESORES S.A.S. a contratar un AVAL de la deuda que aquí se adquiera por lo tanto y en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 633 al 647 del Código de Comercio, los siguientes datos serán parte de la garantía para conceder el crédito solicitado: Avalista _____ NIT.-_____ el importe el AVAL corresponde al valor del pagaré suscrito. Autorizo incluir el valor del AVAL dentro de la cuota del crédito a descontar.

INFORMACION ADICIONAL

HD ASESORES S.A.S. es una entidad operadora de libranzas regida por la Ley 1527 de abril 27 del 2012 y por todas las normas que la adicionen o modifiquen, la sociedad está vigilada por la Superintendencia de Sociedades de Colombia.

La información general aquí contenida la suministro para efectos de mi vinculación o contratación de productos con HD ASESORES S.A.S. Autorizo la remisión de la información y/o documentación a las entidades de HD ASESORES S.A.S., o a las que sucesivamente me vincule.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento a los _____ del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

DEUDOR		DEUDOR	
FIRMA		FIRMA	
D.I. No. _____ de _____	INDICE DERECHO	D.I. No. _____ de _____	INDICE DERECHO

ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA FUERZA DE VENTAS

ENTREVISTA DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

De acuerdo con la información suministrada por el cliente el analista de la misma y el resultado de la entrevista realizada, certifico que el cliente de la referencia cumple con el perfil establecido en las normas de prevención LAFT de la entidad y que he cumplido con las políticas y procedimientos establecidos para la vinculación y conocimiento del cliente.

NOMBRE DEL ASESOR QUE REALIZA LA ENTREVISTA	CC DEL ASESOR	RESULTADO ENTREVISTA	FECHA Y HORA DE ENTREVISTA
			DD MM AAAA HORA

SE VERIFICÓ LA INFORMACIÓN				NOMBRE QUIEN VERIFICA LA INFORMACIÓN	CC DEL ASESOR	FECHA DE VERIFICACIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS	CLIENTE PEP (Persona expuesta públicamente)	
SI		NO					DD MM AAAA	SI	NO