

Fecha: _____ Oficina: ¹ _____ ¿Por qué medio se enteró de CREDIFINANCIERA S.A.? ² _____

1. DATOS BÁSICOS DEL CLIENTE

Nombre/Razón social: _____

Identificación*: NIT C.C. C.E. PAS NIUP T.I. R.C. C.D. PEP N° _____

* CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PAS: Pasaporte; TI: Tarjeta de identidad; RC: Registro civil; CD: Carné Diplomático; PEP: Permiso Especial de Permanencia

2. RECEPCIÓN DE REPORTE ANUAL DE COSTOS Y EXTRACTOS

Los extractos serán puestos a su disposición por medio del portal Banca en línea. Si está interesado en acceder a éstos a través de un canal diferente, por favor indíquelo en este formulario o actualice sus datos, acercándose a la oficina o comunicándose con el Centro de Asesoría en línea.

Autorizo recibir el reporte anual de costos y extractos a través: Oficina del Banco Correo electrónico Banca en línea

Datos para recibir Reporte (Si aplica) _____

E-mail: _____ Dirigido a: _____

3. RECIPROCIDAD ESPERADA

(Campo obligatorio únicamente para clientes persona jurídica, en caso de persona natural, si el cliente no suministra la información, por favor anular los campos)

Depósito mensual: _____ Saldo promedio cliente: _____

4. SOLICITUD DE PRODUCTOS FINANCIEROS

TIPO DE CUENTA: Individual Indistinta Conjunta

En caso de solicitud de cuentas conjuntas e indistintas, por favor diligencie el número de identificación de las personas que serán titulares.

| | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CUENTA AHORROS <input type="checkbox"/> | CUENTA CORRIENTE <input type="checkbox"/> | CUENTA DE AHORROS PRORENTABLE <input type="checkbox"/> | CDT <input type="checkbox"/> | PORTAFOLIO BANCA DIRECTA (Aplica únicamente para clientes persona natural) |
| Cuenta Nómina <input type="checkbox"/> Pro Crecer <input type="checkbox"/> Ahorro tradicional <input type="checkbox"/> Ahorro institucional <input type="checkbox"/> | | Plazo: _____ Monto programado: _____ | Plazo: _____ Tasa: _____ Manejo Intereses: ³ _____ | Cuenta Principal y FlexSave <input type="checkbox"/> CDT Banca directa <input type="checkbox"/> Plazo: _____ Tasa: _____ Manejo Intereses: ³ _____ |

4.1 Atributos adicionales

| ATRIBUTO | SI | NO | COMENTARIO |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| a. ¿La Cuenta debe ser exenta del GMF 4x1000? ** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. ¿La Cuenta debe ser exenta de IVA? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. ¿La Cuenta debe ser exenta de Retención en la fuente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. ¿Maneja o manejará Recursos Públicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e. ¿Manejará en la cuenta Recursos de Naturaleza Inembargable? *** | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Origen de fondos de cuenta: ⁴ _____ Propósito cuenta: ⁵ _____

** En caso afirmativo diligencie el formato de solicitud de exención-desmarcación del Gravamen a los movimientos financieros (4x1000).

*** (Recursos provenientes del presupuesto general de la Nación, entidades territoriales, sistema general de participación, regalías o recursos de la seguridad social). En caso afirmativo, por favor diligenciar el formato Modelo carta de certificación inembargabilidad.

4.2 Declaración de Origen de fondos

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria doy certeza que todo lo aquí consignado es cierto. Así mismo, realizo la siguiente declaración de origen de fondos, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en las normas legales vigentes. 1) Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): ⁶ _____

2) Autorizo al Banco para tomar las medidas necesarias, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este documento, eximiéndolo de toda responsabilidad que se derive de ello. 3) Declaro que los recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de conformidad con la normativa vigente y son de mi exclusiva propiedad. En consecuencia, soy el único titular de dichos recursos. 4) Finalmente, me comprometo a no destinar recurso alguno a la financiación del terrorismo, Lavado de Activos ni ploriferación de armas de destrucción masiva.

5. SOLICITUD DE SERVICIOS FINANCIEROS

Para clientes que aún no poseen cuentas con CREDIFINANCIERA S.A., "Número de cuenta", corresponde al asignada por el sistema, al ejecutar esta solicitud.

5.1 TARJETA DÉBITO

Los datos consignados en este apartado, corresponderán al tarjeta habiente, es decir la persona natural a quién se asignará la tarjeta débito

1. Nombre en la tarjeta: _____ Principal Amparada

Ahorros Corriente N° _____ Identificación N° _____

Pregunta secreta _____ Respuesta _____

2. Nombre en la tarjeta: _____ Principal Amparada

Ahorros Corriente N° _____ Identificación N° _____

Pregunta secreta _____ Respuesta _____

3. Nombre en la tarjeta: _____ Principal Amparada

Ahorros Corriente N° _____ Identificación N° _____

Pregunta secreta _____ Respuesta _____

5.1.1 Cuentas asociadas

1. Cuenta Principal Cuenta Asociada Cuenta de Ahorros Cuenta corriente N° _____

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|--|
| 2. Cuenta Principal <input type="checkbox"/> Cuenta Asociada <input type="checkbox"/> | Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> | N° | |
| 3. Cuenta Principal <input type="checkbox"/> Cuenta Asociada <input type="checkbox"/> | Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> | N° | |
| 4. Cuenta Principal <input type="checkbox"/> Cuenta Asociada <input type="checkbox"/> | Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/> Cuenta corriente <input type="checkbox"/> | N° | |

5.1.2 Perfil tarjeta débito (Exclusivo diligenciamiento Asesor de clientes)

Por favor seleccione el tipo de perfil que debe tener la tarjeta débito del cliente:

Cientes VISA Convenio de nómina Convenio Especial Empleado Grupo -VISA Convenio Embajada Banca Directa

5.1.3 Observaciones y/o condiciones especiales tarjeta débito (Exclusivo diligenciamiento Asesor de clientes)

5.2 BANCA EN LÍNEA

5.2.1 Autorización de cuentas

| Tipo de cuenta | Nombre asignado a la cuenta | PSE | TRANSFERENCIAS | CONSULTA | Número de cuenta |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

IP REGISTRADA: _____ Niveles de Autorización para Transferencias: No. de aprobaciones: _____

El número de aprobaciones hace referencia a la cantidad de usuarios "Preparador y Aprobador(es)" que deben intervenir para el envío de una transacción. No aplica para súper usuarios ni pagos PSE. Este contrato cuenta con _____ transacciones a otras entidades financieras, ilimitadas entre cuentas de CREDIFINANCIERA S.A. y pagos PSE. El valor del paquete transaccional es de \$ _____ COP mensuales. Si excede el número de transacciones a otras entidades se realizará el cobro según la tarifa de transacción única vigente.

5.2.2 Autorización de usuarios

Usuario uno

Nombre: _____ Identificación N° _____
 Usuario: _____ Número de token: _____ Teléfono _____
 Correo electrónico: _____ Perfil: SU(Súper usuario) P(Preparador) A(Aprobador) C(Consultas)

Usuario dos

Nombre: _____ Identificación N° _____
 Usuario: _____ Número de token: _____ Teléfono _____
 Correo electrónico: _____ Perfil: SU(Súper usuario) P(Preparador) A(Aprobador) C(Consultas)

Usuario tres

Nombre: _____ Identificación N° _____
 Usuario: _____ Número de token: _____ Teléfono _____
 Correo electrónico: _____ Perfil: SU(Súper usuario) P(Preparador) A(Aprobador) C(Consultas)

Usuario cuatro

Nombre: _____ Identificación N° _____
 Usuario: _____ Número de token: _____ Teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Perfil: SU(Súper usuario) P(Preparador) A(Aprobador) C(Consultas)

5.3 LÍMITES TRANSACCIONALES

| Número de cuenta | Límite diario PSE cuenta | Límite transacción PSE | Límite diario cuenta | Límite transacción |
|------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. DECLARACIONES Y MANIFESTACIONES

Declaración conocimiento de productos y servicios:

I. En este documento, se recopila información general del cliente para efectos de una posible actualización y/o vinculación a otros productos o servicios. Declaro que he sido informado de las características, tarifas y condiciones de los productos y servicios que solicito y que podré consultarlas directamente ante la entidad y/o en la página web del Banco.

Tarjeta débito

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

II. Una vez se me haya hecho entrega de la(s) tarjeta(s) débito, me comprometo a hacer buen uso de esta(s) en los establecimientos afiliados y en los cajeros automáticos del Banco, de los cuales sea socio o se encuentre afiliado a CREDIFINANCIERA S.A.

Banca en línea

III. Me comprometo a cumplir con las políticas de uso y seguridad con que CREDIFINANCIERA S.A. cuenta, para el uso de mi portal transaccional Banca en Línea, como son: **a)** Realizar las transacciones desde un computador seguro, en la casa u oficina. **b)** No hacer clic en correos electrónicos que contengan links hacia la página del Banco. **c)** Ingresar siempre de forma directa, digitando www.bancoprocredit.com.co. **d)** No suministrar información personal (usuario, clave, número de cuenta o documento de identidad) a personas que lo soliciten bajo el argumento de participar en concursos, premios o cualquier otro tipo de oferta. **e)** No aceptar ayuda de terceros que se ofrezcan a colaborar en caso de que mi clave presente fallas. Si esto sucede, la cambiaré y/o me comunicaré al teléfono +57(1)5802518 en Bogotá o a la línea gratuita nacional 018000970808. **f)** Declaro que la única persona que conoce mi clave de acceso soy yo, y que no la daré a conocer de ninguna forma a terceros pues es personal e intransferible. **g)** Hacer uso responsable de los elementos de seguridad asignados. Mantener en absoluta reserva mi usuario y clave, no portarlos ni escribirlos. **h)** Cuando digite mi clave, asegurarme de que nadie observa. **i)** Cambiar inmediatamente mi clave cuando sospeche que alguien la conoce. **j)** No construir mis claves con fechas de nacimiento, número de documento de identidad o números de dirección y/o teléfono. **k)** Si sospecho que alguien ha realizado transacciones en Internet utilizando mis cuentas, cambiaré inmediatamente las claves de banca en línea. **l)** Cuando haya finalizado trabajos en la página transaccional, indicar siempre la opción cerrar sesión para desconectarme de la página. Para mayor seguridad, cerrar el navegador. **m)** Actualizar el navegador de Internet para mayor seguridad en servicios de navegación. **n)** Cambiar mis claves periódicamente. **o)** Actualizar o confirmar mis datos de contacto y/o demás información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. **p)** Informar al Banco cualquier cambio en la información relacionada con: **(i)** datos de contacto, **(ii)** lugar de residencia y domicilio, y **(iii)** correo electrónico, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se produzca el cambio.

7. TERMINOS Y CONDICIONES

Para facilitar el acceso a los diversos productos y servicios ofrecidos por CREDIFINANCIERA S.A., la utilización del portal Banca en línea, se registrará por los siguientes términos y condiciones, los cuales se entienden integrados a los respectivos reglamentos y contratos de los productos y servicios convenidos con el Banco: **a)** Para realizar las transacciones requeridas por el cliente, deberá cumplir previamente con las condiciones señaladas en los reglamentos y contratos respectivos de Cuenta de Ahorro y/o Corriente y contar con el usuario y clave asignados por el Banco. **b)** La clave de acceso será fijada por el cliente y podrá ser cambiada cuantas veces desee. **c)** Si el cliente no cumple con las condiciones mínimas exigidas en el procedimiento de asignación de clave de acceso y registro del sistema, CREDIFINANCIERA S.A. se reserva el derecho de rechazar la solicitud realizada por el cliente. **d)** El acceso a los productos y servicios ofrecidos por CREDIFINANCIERA S.A. es responsabilidad única del cliente. **e)** Por ningún motivo, ni bajo ninguna circunstancia CREDIFINANCIERA S.A. solicitará su clave a través de correos electrónicos, ni por ningún otro medio. **f)** La realización de las operaciones y/o transacciones por el cliente, utilizando su clave, afectarán automáticamente los productos y/o servicios, por los montos indicados por el cliente, y así éste lo autoriza con la aceptación de los términos y condiciones aquí establecidas. **g)** El Banco no procesará transacciones aprobadas por el cliente si éste no contare con los fondos suficientes y disponibles para ello. En caso de presentarse fallas en el servicio, derivadas de fuerza mayor o caso fortuito, el Banco le informará a través de los canales de comunicación establecidos. **h)** Las transacciones que realice el cliente en horarios no hábiles, serán procesadas el día hábil siguiente. **i)** CREDIFINANCIERA S.A. determinará y/o modificará los productos, servicios, las operaciones y transacciones que se pueden utilizar a través de Banca en Línea. **j)** CREDIFINANCIERA S.A. se reserva el derecho de modificar estos términos y condiciones de uso de Banca en Línea en cualquier momento los cuales serán informados a través de los canales de comunicación establecidos. **k)** Los precios de los servicios contratados se registrarán de acuerdo con el tarifario establecido por CREDIFINANCIERA S.A. vigente al momento de la transacción, si existe modificaciones a las tarifas serán informadas a través de los canales de comunicación establecidos. **l)** CREDIFINANCIERA S.A. cuenta con certificados digitales emitidos por la entidad certificadora, que permite a los clientes verificar e identificar, en cualquier momento, que están interactuando con CREDIFINANCIERA S.A. **m)** El Banco actuará conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales. **n)** CREDIFINANCIERA S.A. mantendrá un registro de sus operaciones, bajo estricta confidencialidad.

8. DECLARACIÓN ESTADO DE SALUD

(Aplica para solicitudes de créditos inferiores a 100 Millones de pesos)

1. Declaro que no conozco ni me han diagnosticado ningún tipo de enfermedad y mi habilidad física no se encuentra reducida, por lo tanto, me encuentro en buen estado de salud.

2. Declaro que he padecido o he sido tratado por las enfermedades que relaciono: **Cardiovasculares** **Diabetes** **VIH/SIDA** **Drogadicción**
Cerebrovasculares **Pulmonares** **Tabaquismo** **Hipertensión arterial** **Gastrointestinales** **Cáncer** **Renales** **Artritis** **Alcoholismo**
Mentales o psiquiátricas **Otra enfermedad preexistente** Especifique: _____

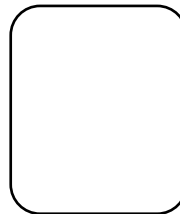
En caso de haber declarado alguna alteración a su estado de salud, favor explicar diagnóstico, tratamiento y evolución:

9. FIRMA Y HUELLA DEL CLIENTE

Como constancia de haber leído, entendido, aceptado y manifestado que todo lo anteriormente informado es cierto, firmo el presente documento.

Nombre del Titular o Representante Legal

N°. Documento



Firma del Titular o Representante Legal

Huella

Sello (Si aplica)

10. CAMPO DE EXCLUSIVO DILIGENCIAMIENTO POR ASESOR DE CLIENTES

En virtud de haber participado en el proceso de conocimiento y vinculación del cliente, reconozco que soy responsable del completo diligenciamiento de la información que ha sido consignada de forma libre en el presente formato.

Nombre

Cargo

Firma asesor responsable

12. OBSERVACIONES

