

Diligencie todos los espacios del formulario y en tinta negra, en letra legible, sin tachones ni enmendaduras; si no aplica anule los espacios con una línea. (No dejar campos en blanco).

Fecha de Diligenciamiento:	Oficina Radicadora:	Código oficina radicadora:
DD MM AAAAA		

1. SOLICITUD DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

SOLICITANTE: <input type="checkbox"/> CLIENTE <input type="checkbox"/> CLIENTE CON FIRMA RUEGO <input type="checkbox"/> CLIENTE CON APODERADO <input type="checkbox"/>				
Selección con una "X" el (los) producto(s) o servicio(s) con el(los) cual(es) se desean vincular				
AHORRO <input type="checkbox"/> Cuenta para Ahorrar (*) <input type="checkbox"/> Cuenta Diamante (*) <input type="checkbox"/> Cuenta de Nómina (*) <input type="checkbox"/> Cuenta Expres (*) <input type="checkbox"/> Activación Cuenta <input type="checkbox"/> Actualización de datos	INVERSIÓN <input type="checkbox"/> CDT(*) <input type="checkbox"/> Productos Fiduciarios	SOLICITUD CRÉDITOS <input type="checkbox"/> Libranza PRESTAYÁ <input type="checkbox"/> Crédito Hipotecario <input type="checkbox"/> Préstamo Personal <input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Tarjeta Amparada(**) <input type="checkbox"/> Cupo de Crédito <input type="checkbox"/> Bancoldex <input type="checkbox"/> Tesorería <input type="checkbox"/> Leasing <input type="checkbox"/> Libranza PRESTAYÁ Ampliación	OTROS PRODUCTOS <input type="checkbox"/> Cupo Especial <input type="checkbox"/> Bancaseguros <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente (*) <input type="checkbox"/> Martillo	<input type="checkbox"/> PORTAFOLIO AVAL Cuenta Corriente Cuenta Ahorros Tarjeta de Crédito

* Productos amparados por el seguro de depósito de Fogafin / ** Diligencie el Numeral 6 de este formulario

2. INFORMACIÓN BÁSICA

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Tipo de Identificación: C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> PAS. <input type="checkbox"/> R.C <input type="checkbox"/>		Lugar de Expedición (Ciudad / Depto. / País):		Fecha de Expedición: DD MM AAAAA		Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/>	
Número de Identificación: DD MM AAAAA		Lugar de Nacimiento (Ciudad / Depto. / País):		Nivel de Educación: Sin Estudios <input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Técnico y Tecnólogo <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> ¿Es Ciudadano o Residente de Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Tiene Residencia(s) Fiscal(es) en otro(s) país(es) diferente(s) a Colombia?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique: País 1 _____ No. Identif.Fiscal: _____ País 2 _____ No. Identif.Fiscal: _____ País 3 _____ No. Identif.Fiscal: _____ País 4 _____ No. Identif.Fiscal: _____			
Profesión:		Tipo de Discapacidad: Cognitiva <input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Sordo - Ceguera <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>		Personas a cargo:		Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/>	
Dirección Residencia/Barrio:		Estrato:		Ciudad de Residencia:		Teléfono Residencia: Hora para contactar:	
Correo electrónico:		Celular:					
¿Trabaja usted para el Grupo Aval? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Tiene algún familiar empleado del Grupo Aval? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo indique el parentesco:		Nombre:	
Envío Reporte anual de costos: Correo electrónico - (Contribuye con el medio ambiente) <input type="checkbox"/>		Oficina Residencia <input type="checkbox"/>		Envío extractos y correspondencia:		Correo electrónico - (Contribuye con el medio ambiente) <input type="checkbox"/>	
Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Gitano (a) o Rrom <input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Palenquero (a) <input type="checkbox"/> Negro(a) <input type="checkbox"/> Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Ningún grupo étnico <input type="checkbox"/> Sin Información <input type="checkbox"/> No Aplica						Oficina <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/>	

3. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Ocupación, Oficio)

Ocupación u oficio: Ama de casa <input type="checkbox"/> Campaña Política <input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Empleado Privado <input type="checkbox"/> Empleado Público <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Fuerzas Militares <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Policía Nacional <input type="checkbox"/>							
Si marcó independiente por favor seleccione el tipo: Rentista de Capital <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Técnico Independiente <input type="checkbox"/> Transportador <input type="checkbox"/> Actividades Agropecuarias <input type="checkbox"/> Tipo Comerciante <input type="checkbox"/>							
Describa su actividad económica u objeto social:				Código CIIU:		Dirección Oficina/Negocio:	
				Dpto.		Ciudad	
				Empresa donde Trabaja/Entidad pagadora de Pensión/Negocio propio/(Pagaduría):		Teléfono oficina/negocio:	
Fecha Ingreso: DD MM AAAAA				NIT de la Empresa:			
SI ES EMPLEADO:		Cargo actual:		Tipo de Contrato: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/>		Tiempo en la actividad MESES AÑOS	
Número de Afiliación (exclusivo para Colpensiones):				Nombre de convenio:			
¿Es una persona expuesta políticamente PEP o tienen vínculo conyugal, familiar o asociado con una persona que cumpla con las condiciones de PEP? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo PEP: Persona con reconocimiento público <input type="checkbox"/>		Cargo PEP:		DD / MM / AAAAA	
		PEP Nacional <input type="checkbox"/>		Fecha de Posesión:			
		PEP Extranjero <input type="checkbox"/>					

Si es un cliente PEP deberá registrar los familiares que pertenecen al primer y/o segundo grado de parentesco por afinidad: Abuelos, Padres, Hijos, Cónyuges, Hermanos, Nietos y Nueras / Yernos. O diligencie los datos si usted es familiar de un PEP

No.	Nombres y Apellidos Completos	Tipo Id	No. identificación	Parentesco	Tipo PEP	Cargo PEP	Fecha de Nacimiento
1							
2							
3							
4							

No.	Dirección	Teléfono	Empresa donde labora	¿Tiene constituidos patrimonios autónomos o fiducias en beneficio del PEP?
1				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4				SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

4. INFORMACIÓN FINANCIERA AL ÚLTIMO CORTE DISPONIBLE (En caso de ser insuficiente el espacio asignado, por favor adjuntar hoja adicional)

Ingresos(mensual): \$	Egresos(mensuales): \$	Total Activos: \$
Otros Ingresos(mensual): \$	Declara Renta SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Total Pasivos: \$
Total Ingresos(mensual): \$	Fecha de Corte Información Financiera:	Total Patrimonio: \$
Detalle otros ingresos:		

5. TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA

¿Realiza transacciones en M/E? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo indique el tipo de operaciones en M/E que normalmente realiza: Importaciones <input type="checkbox"/> Exportaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Giros <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ¿Cual?				
En caso de poseer productos en M/E, diligencie los siguientes campos:						
Tipo de Producto:	Entidad:	Monto:	Ciudad o Estado:	N° de Cuenta:	Moneda:	
			País:			

6. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL, APODERADO, AMPARADO O CODEUDOR										
Diligencie la siguiente información según corresponda:										
<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DEL AMPARADO (Si solicita Tarjeta Amparada) <input type="checkbox"/> CODEUDOR (Si es para la solicitud de Crédito) <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO (Si el titular de la cuenta es menor infante, menor imputado o interdicto)										
Primer Nombre:		Segundo Nombre:			Primer Apellido:		Segundo Apellido:			
Tipo de Identificación		Número de Identificación:		Lugar de Expedición (Ciudad / Depto. o Estado / País):			Fecha de Expedición:			
R.C. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E.I. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>							DD MM AAAA			
Dirección Residencia:				Teléfono Residencia:			Celular:			
7. CONDICIONES DE CRÉDITO (Diligencie en caso de solicitud de productos de Crédito/ No aplica Tarjeta de crédito)										
Monto Solicitado: \$		Plazo:		Destino del Crédito:						
Modalidad:		Ordinario <input type="checkbox"/> Atracción <input type="checkbox"/> Fidelización <input type="checkbox"/>		Compra de Cartera		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Monto Mínimo (Pesos)		Plazo Máximo (Meses)
Oficina Desembolso:										
Código Oficina Desembolso:				Campaña:						
Seguro de Vida Deudores										
Sin Financiación (Descontado) <input type="checkbox"/> Seguro en Cuotas <input type="checkbox"/>										
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique, ¿cuál? _____ ¿PADECE O HA PADECIDO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL, INFARTO AL MIOCARDIO, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR? Para el caso de Incapacidad Total y Permanente, la aseguradora dará cobertura 3 meses después del desembolso del crédito (periodo de carencia). La cobertura de Incapacidad Total y Permanente aplicará para personas menores de 70 años. La información suministrada en este Formato es verídica, completa y exacta, por lo tanto, cualquier falsedad, retención, error u omisión en ella, para la adquisición del seguro, generará la nulidad relativa del mismo, además de las consecuencias estipuladas en los artículos 1058, 1158 y 1161 del Código de Comercio y demás normatividad vigente. Tenga en cuenta, que en caso de presentarse un siniestro por alguna de las enfermedades descritas en el presente formato, sin que haya sido declarada por usted, éste no será objeto de cobertura.										
AUTORIZO a Banco Popular S.A. con NIT. 860007738-9 y a Seguros de Vida Alfa S.A. con NIT 860.503.617-3, para que, de conformidad con las Resoluciones 1995 de 1999, 839 de 2017 del Ministerio de Salud y la Ley 1581 de 2012, solicite ante la entidad a que haya lugar, mi Historia Clínica, con la única finalidad de efectuar los trámites relacionados con las reclamaciones, afectaciones y pago de la póliza de Vida Grupo Deudores No. GRD 464, de la cual soy asegurado. Declaro que me ha sido informado que, dado que los datos que reposan en mi Historia Clínica son sensibles, no me encuentro obligado a otorgar esta autorización.										
* En caso de no aceptar la póliza del seguro de vida deudores proporcionada por el Banco, deberá presentar una póliza de seguro que incluya las mismas coberturas con que se encuentra la póliza señalada por el Banco Popular en www.bancopopular.com.co. En este caso, EL CLIENTE se obliga a presentar ante la Red de Oficinas de EL BANCO la póliza renovada antes de su vencimiento, de tal forma que su obligación no quede descubierta en ningún momento; su omisión generará que EL BANCO proceda a incluir a EL CLIENTE en la Póliza de Vida Grupo Deudores adquirida por EL BANCO e incluya el cobro de los valores mensuales correspondientes con cargo al CLIENTE, los cuales se verán reflejados en las cuotas mensuales del crédito. En caso de que proceda la devolución de primas de seguros en favor de EL CLIENTE, el valor respectivo será aplicado por EL BANCO como abono extraordinario al capital del crédito, sin embargo, EL CLIENTE podrá presentar su devolución directa mediante abono del valor a su cuenta, para lo cual deberá allegar, (i) la solicitud escrita (ii) la respectiva certificación bancaria de la cuenta a donde se debe abonar el valor cobrado por concepto de primas de seguros (iii) la póliza de seguro endosada a EL BANCO, que incluya las mismas coberturas previstas en www.bancopopular.com.co										
Tipo de Garantía:										
Firma Personal <input type="checkbox"/> Firma Solidaria <input type="checkbox"/> Hipotecaria <input type="checkbox"/> Prendaria <input type="checkbox"/> Firma de la empresa <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>										
Describa la Garantía:										
Tipo de Bien		Dirección		No. Matrícula		Valor Comercial		¿Hipotecado?		
Vehículo		Modelo		Placa		Valor Comercial		¿Pignorado?		
Forma de Desembolso:										
Abono a cuenta Banco Popular										
Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No.										
Abono a través de ACH en cuenta del banco: _____										
Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No.										
Si se requiere abonar el desembolso a un tercero, diligencie los siguientes campos: (aplica para Credivehículo)										
Autorizo al Banco Popular para que sea abonado a la cuenta corriente <input type="checkbox"/> o de ahorros <input type="checkbox"/> No. _____ la suma de \$ _____ por la adquisición del siguiente bien o servicio _____.										
Si se requiere recoger cartera de otras entidades, diligencie los siguientes campos:										
Autorizo expresa e irrevocablemente al Banco Popular, para que se expidan los cheques de gerencia o realice las transferencias a otras entidades, según la siguiente relación de obligaciones, con cargo al valor efectivamente desembolsado, y para que del mismo valor se descuenten las comisiones correspondientes por la expedición de dichos títulos.										
Entidad	NIT	Tipo de Producto a Comprar	¿Con cuál producto desea comprar cartera?	No. Obligación No. Tarjeta	Valor a Cancelar	Franquicia*	N.de Cuotas*	Afecta despendible	Saldo según buró	Saldo Certificado deuda
Marque con una X si desea que abonemos a esta cuenta su: Nómima: <input type="checkbox"/> Mesada Pensional: <input type="checkbox"/> No Aplica: <input type="checkbox"/> Otra: _____										
¿Tiene usted algún familiar empleado del Banco Popular o sus filiales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
En caso afirmativo indique el parentesco:				Nombre:			Relación con el Banco:			
							Empledo <input type="checkbox"/> Empleado Filial <input type="checkbox"/> Accionista <input type="checkbox"/> Miembro Junta Directiva <input type="checkbox"/>			
(* Aplica solo para Tarjeta de Crédito). En el momento de realizar la compra de cartera el sistema confirmará el cupo disponible que usted tiene en su tarjeta de Crédito, si usted realiza utilizations antes del desembolso el valor de la compra de cartera podría verse modificado.										
1. EL CLIENTE autoriza a EL BANCO para descontar del valor del crédito que se desembolse en su favor, la comisión por estudio de crédito cuyo valor se encuentra publicado en la página web www.bancopopular.com.co más IVA. 2. Con base en el tipo de financiación del Seguro de Vida Deudores que EL CLIENTE ha escogido en esta solicitud, autoriza a EL BANCO para aplicar dicha financiación al monto del crédito solicitado según corresponda la elección, ya sea descontando el valor del seguro en el desembolso del mismo, incrementando el valor del seguro al monto de crédito solicitado o amortizando el valor del seguro en cuotas mensuales. 3. EL BANCO podrá conceder a EL CLIENTE un plazo denominado "Periodo de Legalización" de máximo 150 días (5 meses) para el pago de la primera cuota o primeras cuotas del crédito, el cual consiste en ampliar la fecha de vencimiento del primer pago, para llevar a cabo el proceso operativo con la entidad pagadora relacionado con el reporte de la novedad, la aplicación del descuento en nómina y el posterior abono de la cuota a la obligación; para ello, EL CLIENTE autoriza a EL BANCO aplicar al crédito un sistema de amortización que capitalice intereses, seguros u otros conceptos que se causen entre la fecha del desembolso y la fecha establecida para el pago de la primera cuota o primeras cuotas (valores que se sumarán al saldo de la obligación). En este caso, la fecha del vencimiento del primer pago en el aplicativo se extenderá, sin afectar la fecha del descuento, no obstante, es posible que el pago ingrese antes de la fecha proyectada o exigible. 4. EL CLIENTE acepta el monto y plazo aprobados por EL BANCO, como resultado del estudio de la solicitud de crédito y autoriza a EL BANCO para que en el evento de tener otro crédito contabilizado por esta línea y con la misma pagaduría, sea cancelado con el producto del préstamo que se tramita mediante la presente solicitud. En todo caso, el valor del crédito que EL BANCO apruebe en favor de EL CLIENTE, se sujetará a las políticas de crédito de EL BANCO, especialmente, su capacidad de pago, por esta razón, el valor del crédito que se desembolse se podrá reducir hasta el monto y plazo señalados por EL CLIENTE en la celda MENOR VALOR, caso en el cual EL BANCO ajustará las condiciones de monto, plazo y tasa inicialmente señalados. 5. En el evento que el producto de este crédito sea destinado total o parcialmente a la cancelación de créditos de EL CLIENTE con otras entidades, se mantendrá no disponible el saldo del crédito que se desembolse en la cuenta de EL CLIENTE, hasta tanto EL CLIENTE aporte a satisfacción de EL BANCO la totalidad de los respectivos paz y salvos expedidos en favor de EL CLIENTE como constancia del pago realizado a las entidades indicadas en la presente solicitud de crédito, y/o hasta la confirmación de pago efectivo de la primera cuota por parte de la pagaduría de EL CLIENTE a EL BANCO, dependiendo de los requerimientos específicos de la pagaduría o del banco. En todo caso, el plazo para el pago de las cuotas pactadas empieza a contarse a partir de la fecha de desembolso del crédito, razón por la cual es obligación de EL CLIENTE recoger en la oficina de EL BANCO en la cual tramitó esta solicitud de crédito, los cheques de gerencia que EL BANCO expedirá según la información que EL CLIENTE suministre para tal fin, entregados inmediatamente en cada una de las entidades y allegar a EL BANCO las constancias de las consignaciones junto con los paz y salvos mencionados, de manera tal que EL CLIENTE no se vea obligado a continuar pagando los créditos anteriormente referidos y pagar a EL BANCO intereses moratorios o inclusive costos de cobranza por incumplimiento en el pago de las cuotas pactadas en la solicitud de crédito. No obstante, a elección de EL CLIENTE y en los eventos en que aplique, y que son informados en el momento de la vinculación, EL CLIENTE puede autorizar que el(los) cheque(s) de gerencia producto del desembolso de este crédito que sea(n) destinado(s) para la cancelación de créditos con otras entidades, sea(n) consignado(s) directamente por EL BANCO a la(s) entidad(es) indicadas por EL CLIENTE en el presente formato. En ese sentido, los datos reportados por EL CLIENTE deben ser exactos, por lo cual EL BANCO se exime de cualquier responsabilidad relacionada con el suministro de información de EL CLIENTE que impida el perfeccionamiento de la compra de Cartera. 6. El cliente autoriza expresa e irrevocablemente al Banco, para debitar de su cuenta de ahorros arriba relacionada, los valores reales a los saldos de la(s) compra(s) de cartera que fueron suministrados por EL CLIENTE en la relación anterior, con el fin de expedir los respectivos cheques de gerencia con cargo al valor efectivamente desembolsado, y para que del mismo valor se descuenten las comisiones correspondientes por la expedición de dichos títulos. De igual forma, EL CLIENTE autoriza a debitar los gastos que se generen, en caso de elegir que EL BANCO sea quien realice la consignación directa de los cheques en las entidades indicadas por EL CLIENTE. Dicha comisión aplicará independientemente de la efectividad o no del pago por causas atribuibles a EL CLIENTE o a la ENTIDAD RECEPTORA de los cheques. En todo caso, es responsabilidad de EL CLIENTE asumir el pago de los saldos que los créditos arriba relacionados reflejan después de la consignación del respectivo cheque de gerencia, ya sea por concepto de capital, intereses remuneratorios o moratorios, comisiones, sanciones, inexactitud de información suministrada, ajustes o errores presentados en las respectivas entidades, entre otros, de manera que los mismos queden cancelados y pueda obtener el paz y salvo correspondiente en su favor. En los casos en los que el CLIENTE no realice las actividades previamente descritas y que por lo tanto, no se formalice y perfeccione el crédito en un plazo de hasta 45 días después de su desembolso, EL BANCO entenderá que EL CLIENTE ha reconsiderado la solicitud de compra de cartera realizada a EL BANCO, y este realizará las gestiones tendientes a aplicar el saldo existente en la cuenta como pago anticipado del crédito, y demás actividades tendientes a dar por finalizado el proceso de solicitud del crédito. Todos los costos y comisiones mencionadas anteriormente y asociadas al respectivo crédito, se encuentran a disposición de EL CLIENTE en la red de oficinas o en la página web de EL BANCO www.bancopopular.com.co.										

8. TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO

Tarjeta Crédito		Visa		Tarjeta Débito		Principal <input type="checkbox"/>	Débito Amparada <input type="checkbox"/>
Nueva <input type="checkbox"/>	Aumento de Cupo <input type="checkbox"/>	Estandar <input type="checkbox"/>	Diamante ¹ <input type="checkbox"/>	Amparado SI <input type="checkbox"/>	Amparado SI <input type="checkbox"/>		
Cupo solicitado: \$ _____		ConnectMiles-Copa <input type="checkbox"/>		Amparado SI <input type="checkbox"/>	Monto máximo a utilizar por el amparado: \$ _____		
		MasterCard				Diario <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>
Monto máximo a utilizar por el amparado: \$ _____		Estandar <input type="checkbox"/>	Zafiro ² <input type="checkbox"/>	Amparado SI <input type="checkbox"/>	Amparado SI <input type="checkbox"/>	Disponibilidad del monto máximo:	
Fecha de Pago: Mitad de Mes <input type="checkbox"/>	Final de Mes <input type="checkbox"/>					Mensual <input type="checkbox"/>	

Seguro de Vida deudores:

¹ *Exclusivo para pensionados* ² *Exclusivo para educadores*

* En caso de no aceptar la póliza del seguro de vida deudores proporcionada por el Banco, deberá presentar una póliza de seguro que incluya las mismas coberturas con que se encuentra la póliza señalada por el Banco Popular en www.bancopopular.com.co

Autorizo En caso de presentar mora por más de 45 días continuos en mi Tarjeta de Crédito, y de acuerdo con las políticas y análisis de riesgo que realice EL BANCO, autorizo para que el saldo de mi Tarjeta de Crédito sea recogido con el crédito de Libranza, en caso de tenerlo con EL BANCO, y en consecuencia aumente su plazo de pago en el número de meses adicionales que sean necesarios para su recaudo, en ese sentido, EL BANCO podrá adelantar las gestiones necesarias para la unificación en una sola línea de crédito de Libranza, el saldo adeudado en la Tarjeta de Crédito una vez ocurra la altura de incumplimiento en el pago mencionado.

No autorizo

9. CONSTANCIA DE ENTREGA DE PRODUCTOS Y REGLAMENTOS

POR FAVOR MARQUE CON UNA X EL PRODUCTO A ENTREGAR Y ESCRIBA EL NÚMERO

Tarjeta Débito: No _____

Crédito N. _____ Cuenta Ahorros N. _____ Cuenta Corriente N. _____

EL CLIENTE declara haber recibido de parte de EL BANCO una copia impresa del REGLAMENTO UNIVERSAL DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS FINANCIEROS.

EL CLIENTE declara haber consultado o se obliga a consultar el texto del REGLAMENTO UNIVERSAL DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS FINANCIEROS publicado en la página web de EL BANCO.

Declaro que recibí del BANCO POPULAR S.A. en buen estado y a entera satisfacción, los productos arriba descritos, teniendo el pleno conocimiento de que mi clave es personal e intransferible. En caso de recibir Tarjeta debito, me comprometo a firmar inmediatamente la Tarjeta Débito - Visa Electrón o Amparada Banco Popular o la Tarjeta de Crédito con la misma firma que aparece en este recibo, usará la misma firma en los comprobantes de ventas o facturas cambiarias previstas en el Reglamento Universal de Productos y/o Servicios. Así mismo, acepto las condiciones de manejo para la utilización de la(s) Claves (Pin Card) objeto de entrega.

10. EXENCIÓN DEL 4 X 1000

AUTORIZACIÓN DE CUENTA EXENTA DEL GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS

Autorizo Manifiesto que conozco y acepto que la exención mencionada sólo se puede aplicar a una cuenta de ahorros que pertenezca a un único titular, por ende, hago la elección de esta cuenta, como exenta del Gravamen a los Movimientos Financieros, en razón a que no he solicitado ni solicitaré este beneficio en otra cuenta de ahorros diferente, abierta en EL BANCO ni en otro establecimiento de crédito.

No autorizo

11. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En adición y complemento de las autorizaciones previamente otorgadas, autorizo de manera expresa y previa sin lugar a pagos ni retribuciones al BANCO POPULAR S.A. (en adelante "EL BANCO"), a sus cesionarios o a quien represente los derechos, para que efectúe el Tratamiento de mis Datos Personales de la manera y para las finalidades que se señalan a continuación. Para efectos de la presente autorización, se entiende por "Datos Personales" la información personal de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible (definidas en la ley tales como mis huellas, imagen o voz entre otros), técnico y administrativo, privada, semiprivada pasada, presente o futura, contenida en medios físicos, digitales o electrónicos y por "Tratamiento de datos personales" todo tipo de actividad, acción, operación o proceso, incluyendo pero sin limitarse a: recolectar, consultar, recopilar, evaluar, catalogar, clasificar, ordenar, grabar, almacenar, actualizar, modificar, aclarar, reportar, informar, analizar, utilizar, compartir, circularizar, suministrar, suprimir, procesar, solicitar, verificar, intercambiar, retirar, transferir nacional o internacionalmente, transmitir, disponer, organizar, ajustar, modelar, unir, consolidar, fusionar, combinar, agregar, resumir, digitalizar, explotar, rentabilizar, aprovechar, emplear y/o divulgar, y, efectuar operaciones sobre mis Datos Personales.

Esta autorización para el Tratamiento de mis Datos Personales se hace extensiva a las entidades que conforman el Conglomerado Financiero Aval, listadas en la Resolución 0155 de 2019 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia o cualquier otra norma que la modifique, adicione o reemplace, así como a las entidades que forman parte del Grupo Empresarial Sarmiento Angulo, listadas en el Certificado de Existencia y Representación Legal de EL BANCO expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá (en conjunto "LAS ENTIDADES AUTORIZADAS").

La autorización que otorgo a EL BANCO y a LAS ENTIDADES AUTORIZADAS por el presente medio para el Tratamiento de mis Datos Personales tendrá las siguientes finalidades: a. Promocionar, comercializar u ofrecer, de manera individual o conjunta productos y/o servicios propios u ofrecidos en alianza comercial, a través de los canales autorizados en la ley o contrato, o para complementar, optimizar o profundizar el portafolio de productos y/o servicios actualmente ofrecidos. b) Como elemento de análisis en etapas pre-contractuales, contractuales y post-contractuales para establecer y/o mantener relaciones contractuales, incluyendo como parte de ello, los siguientes propósitos: 1. Evaluar riesgos derivados de la relación contractual potencial, vigente o concluida, 2. Realizar, validar, autorizar o verificar transacciones incluyendo, cuando sea requerido, la consulta y reproducción de datos sensibles tales como mi huella, imagen o voz, 3. Obtener conocimiento de mi perfil comercial o transaccional. 4. Conocer sobre el nacimiento, modificación, celebración, extinción, novedades, hábitos de pago, comportamiento crediticio o cumplimiento de obligaciones directas, contingentes o indirectas, de las obligaciones vigentes, activas o pasivas, o las que en el futuro llegue a celebrar, incluyendo información referente al manejo, estado, cumplimiento de mis obligaciones de pago derivadas de las relaciones, contratos y servicios, hábitos de pago, incluyendo aportes al sistema de seguridad social, obligaciones y las deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos, o la utilización indebida de servicios financieros, en bases de datos administradas directamente por las partes contratantes, por operadores de información financiera, autoridades o entidades estatales, operadores de información y/o entidades que formen parte del Sistema de Seguridad Social Integral, empresas prestadoras de servicios públicos y de telefonía móvil, o administrador de bases de datos o entidades similares que en un futuro se establezca y que tenga por objeto alguna de las anteriores actividades. 5. Ejercer mis derechos, incluyendo los referentes a actividades de cobranza judicial y extrajudicial y las gestiones conexas para obtener el pago de las obligaciones a mi cargo o de mi empleador. 6. Recolectar y entregar información a autoridades extranjeras con competencia sobre EL BANCO, LAS ENTIDADES AUTORIZADAS o sobre sus actividades, productos y/o servicios, cuando se requiera para dar cumplimiento a sus deberes legales o reglamentarios, incluyendo dentro de éstos, aquellos referentes a la prevención de la evasión fiscal, lavado de activos y financiación del terrorismo u otros propósitos similares.

c) Realizar la transferencia nacional o internacional de mis datos personales a aliados comerciales, contractuales o afines y sus terceros, que vinculados a EL BANCO en desarrollo de su objeto social, y con el fin de brindarme beneficios sobre los productos o servicios adquiridos, me contacten telefónicamente, o por cualquier medio de comunicación, para ser informado sobre respuestas a mis consultas, publicidad, comunicados, servicios, tarifas, ofertas, entre otros.

Para efectos de lo dispuesto en el literal b, EL BANCO en lo que resulte aplicable, podrá efectuar el Tratamiento de mis Datos Personales ante entidades de consulta, que manejen o administren bases de datos para los fines legalmente definidos, domiciliadas en Colombia o en el exterior, sean personas naturales o jurídicas, colombianas o extranjeras. d) Realizar ventas cruzadas de productos y/o servicios ofrecidos por EL BANCO o por alguna de LAS ENTIDADES AUTORIZADAS o sus aliados comerciales, incluyendo la celebración de convenios de marca compartida. e) Elaborar y reportar información contenida en encuestas de satisfacción, estudios y análisis de mercado, para lo cual autorizo la posibilidad de contactarme para dichos propósitos. f) Enviar mensajes a través de medios físicos o digitales, sobre promociones, campañas comerciales, publicitarias, de mercadeo, sorteos, eventos u otros beneficios, así como dar a conocer otros servicios y/o productos ofrecidos por EL BANCO; LAS ENTIDADES AUTORIZADAS o sus aliados comerciales. g) Enviar notificaciones a través de medios físicos o digitales, para remitir extractos, campañas institucionales o de educación financiera e informar acerca de las innovaciones o modificaciones efectuadas en sus productos y/o servicios, dar a conocer las mejoras o cambios en sus canales de atención. h) Para que mis Datos Personales puedan ser utilizados como medio de prueba.

Mis Datos Personales podrán consultarse, circular, transmitirse y/o transferirse a la totalidad de las áreas de EL BANCO así como a los proveedores de servicios, entidades públicas o que presten servicios públicos tales como notarias, Registraduría nacional del Estado Civil, Contraloría, Procuraduría, DIAN, oficinas de registro, cajas de compensación, administradoras de fondos de pensiones y de cesantías, operadores de información a través de las cuales se liquidan cesantías, aportes a seguridad social y parafiscales (tales como Aportes en Línea, SOI, SIMPLE), usuarios de red, redes de distribución y personas que realicen la promoción de sus productos y servicios, incluidos call centers, domiciliados en Colombia o en el exterior, sean personas naturales o jurídicas, colombianas o extranjeras a su fuerza comercial, equipos de telemarketing y/o procesadores de datos que trabajen en nombre de EL BANCO, incluyendo contratistas, delegados, outsourcing, tercerización, red de oficinas o aliados, con el objeto de desarrollar servicios de alojamiento de sistemas, de mantenimiento, servicios de análisis, servicios de mensajería por e-mail o correo físico, servicios de entrega, gestión de transacciones de pago y cobranza, implementación de software o servicios tecnológicos (en adelante los "Terceros") los cuales están obligados a garantizar la reserva de la información de acuerdo con lo estipulado en la Ley 1581 de 2012. En consecuencia, como titular, entiendo y acepto que mediante la presente autorización concedo a estos Terceros, autorización para:

- Acceder a mis Datos Personales en la medida en que así lo requieran para la prestación de los servicios para los cuales fueron contratados y sujeto al cumplimiento de los deberes que les correspondan como encargados del Tratamiento de mis Datos Personales.

- Compartir mis Datos Personales con las entidades gremiales a las que pertenezca la entidad, para fines comerciales, estadísticos y de estudio y análisis de mercadeo.

Es entendido que las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras mencionadas anteriormente ante las cuales EL BANCO puede llevar a cabo el Tratamiento de mis Datos Personales, también cuentan con mi autorización para permirir dicho Tratamiento.

Adicionalmente, mediante el otorgamiento de la presente autorización, manifiesto: 1) que los Datos Personales suministrados son veraces, verificables y completos, 2) que conozco y entiendo que el suministro de la presente autorización es voluntaria, razón por la cual no me encuentro obligado a otorgar la presente autorización, que conozco y entiendo que mediante la simple presentación de una comunicación escrita puedo limitar en todo o en parte el alcance de la presente autorización, y 3) que conozco y entiendo que mediante la simple presentación de una comunicación escrita puedo limitar en todo o en parte el alcance de la presente autorización y haber sido informado sobre mis derechos a conocer, actualizar y rectificar mis Datos Personales, el carácter facultativo de mis respuestas a las preguntas que sean hechas cuando versen sobre datos sensibles o sobre datos de los niños, niñas o adolescentes, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la autoridad competente por infracción a la ley una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante EL BANCO, revocar la presente autorización, solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y ejercer en forma gratuita mis derechos y garantías constitucionales y legales. El tratamiento de mis Datos Personales se efectuará de acuerdo con la Política de Privacidad y Protección de Datos Personales en la materia, la cual puede ser consultada en www.bancopopular.com.co.

Para el ejercicio de mis derechos, y la atención de consultas y reclamos, podré acercarme a las oficinas de EL BANCO a nivel nacional o usar la línea de servicio al cliente 743 4646 o en la Línea Nacional 01 8000 184646.

De conformidad con lo anterior, autorizo para que EL BANCO de TRATAMIENTO de mis datos personales: SI NO


12. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES GENERALES

Las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES GENERALES se constituyen como una manifestación expresa de quien ha diligenciado el presente FORMATO, en caso de que después de haber cumplido con el proceso de conocimiento del cliente estipulado por EL BANCO de acuerdo con lo establecido en la ley, sea aceptada su solicitud, y adquiera para tales efectos, la calidad de cliente, en adelante EL CLIENTE: 1. En las operaciones fiduciarias que se realicen a través de la red de oficinas de EL BANCO, este actúa en nombre y por cuenta de LA FIDUCIARIA POPULAR S.A. (LA FIDUCIARIA) y por ende, EL BANCO no asume responsabilidad en la gestión fiduciaria encomendada por EL CLIENTE a ella; sus obligaciones se limitan al correcto cumplimiento de las instrucciones impartidas por LA FIDUCIARIA para la prestación del servicio de dicha red. Sobre los recursos que las sociedades fiduciarias reciben, directamente o a través del uso de las redes de oficinas de establecimientos de crédito, la ley no contempla amparo del seguro de depósito. 2. Para todos los efectos EL CLIENTE señala como su domicilio el indicado en el presente FORMATO. Mientras no notifique a la oficina de EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA en la que radicó esta solicitud, por escrito, el cambio de su domicilio, las notificaciones se practicarán en el domicilio señalado. 3. Para efectos de que EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA suministren a EL CLIENTE una debida prestación de los servicios y productos financieros, EL CLIENTE faculta en forma expresa e irrevocable a EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA para realizar las siguientes actividades: a). En mi calidad de titular de información, actuando libre y voluntariamente autorizo de manera expresa e irrevocable a EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA o a quien ostente en el futuro la calidad de acreedor, para consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información pasada, presente y futura que se refiere a mi comportamiento crediticio financiero, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países a la Central de Información - CIFIIN o a DATACREDITO y/o a cualquier otro operador de bancos de datos de información financiera o crediticia. Conozco que el alcance de esta autorización implica que el comportamiento frente a mis obligaciones será registrado con el objeto de suministrar información suficiente y adecuada al mercado sobre el estado de mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y de servicios y la proveniente de terceros países de la misma naturaleza. En consecuencia, quienes se encuentran afiliados y/o tengan acceso a tales operaciones de información, podrán conocer esta información, de conformidad con la legislación y jurisprudencia aplicable. La información podrá ser igualmente utilizada para efectos estadísticos. Mis derechos y obligaciones así como los términos de permanencia de mi información en las bases de datos, se encuentran consignados en la ley 1266 de 2008 y demás normas aplicables, las cuales conozco por ser de carácter público. De igual manera, autorizo a EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA para recaudar la información necesaria que les permita evidenciar si estoy sujeto a reportar información a autoridades extranjeras tributarias o de cualquier otro orden, por lo que me obligo a suministrar a EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA la información y documentación que requieran para los propósitos aquí mencionados, de acuerdo con la normatividad al respecto y bajo la interpretación de buena fe que de la misma hagan EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA. Dicha autorización se extiende al procesamiento de la información y documentación relacionada con mis productos, estados de cuenta, saldos y movimientos, información financiera y comercial, comportamiento financiero y manejo de productos, ingresos, deducciones, origen de recursos, accionistas y personas relacionadas o vinculadas, administradores y directivos, a su consolidación con la información de otras instituciones financieras nacionales o extranjeras vinculadas o no con EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA y a su reporte o suministro a las autoridades y agencias nacionales y extranjeras, para fines legales y/o fiscales, de inspección, supervisión, cumplimiento y verificación de acuerdos internacionales gubernamentales o acuerdos suscritos por EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA b) EL CLIENTE declara haber recibido de parte de EL BANCO una clara, cierta y adecuada ilustración sobre la POLÍTICA DE PRIVACIDAD de EL BANCO publicada en la página web, y el registro de sus datos personales en las bases de datos del EL BANCO, dada su calidad de cliente, lo cual conlleva de manera implícita el manejo de sus Datos Personales por parte de EL BANCO para las finalidades relacionadas con la prestación directa de sus productos y servicios. c) Autorizo a EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA para que me contacten telefónicamente o a través del envío de mensajes de texto o notificaciones de alerta a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico y/o redes sociales a las cuales esté inscrito, con el fin de suministrarme información relacionada con los productos y/o servicios ofrecidos por EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA. d) Bajo la gravedad del juramento manifiesto que los datos consignados en este formulario son ciertos, los conozco, estoy de acuerdo con el contenido de todo lo allí consignado y son verificables. Por lo tanto, autorizo a EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA para que los verifiquen ante cualquier persona, nacional o extranjera mientras subsista mi calidad de cliente. Así mismo, me comprometo a actualizarla o confirmar la información que he suministrado en el presente formulario por lo menos una vez cada año contado a partir de mi fecha de vinculación a EL BANCO y/o LA FIDUCIARIA, o cada vez que EL BANCO Y/O LA FIDUCIARIA lo requieran. En caso de cambios relacionados con mis datos de contacto, lugar de residencia fiscal o lugar de domicilio consignados en este formulario, me obligo actualizarlos ante el BANCO y/o la FIDUCIARIA dentro de los siguientes quince (15) días comunes siguientes contados a partir de la fecha en que se produzca el cambio. Declaro que el origen de los recursos que entrego para la apertura de Productos y Servicios que estoy solicitando provienen de actividades lícitas que relaciono a continuación _____.

_____ y no admitiré que terceros efectúen depósitos a mi(s) cuenta(s) con dineros provenientes de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas. En constancia de lo anterior, firmo con huella y cédula de ciudadanía. Como consecuencia de las anteriores declaraciones autorizo al Banco y/o la Fiduciaria Popular S.A. para que, en cumplimiento de normas nacionales o extranjeras, acuerdos intergubernamentales o interinstitucionales, tratados internacionales o similares, aplique las consecuencias que se deriven de dicho cumplimiento tales como reporte y suministro de información a agencias nacionales o extranjeras con fines legales y/o fiscales, retención sobre ingresos provenientes del exterior o de fuentes extranjeras o giro de las mencionadas retenciones. De esta manera declaro libre de cualquier responsabilidad al Banco Popular y/o la Fiduciaria Popular S.A. por la información que se entregue a tales autoridades a efectos del cumplimiento de FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), CRS (Common Reporting Standard) u otras normas aplicables.

NOTAS ACLARATORIAS

- Beneficiario Final:** Es toda persona natural que, sin ser necesariamente cliente, reune cualquiera de las siguientes características: a) Es propietaria directa o indirecta de una participación superior al 5% del a persona jurídica que actúa como cliente. b) Es aquella persona que pese a no ser propietario de una participación mayoritaria del capital de la persona jurídica que actúa como cliente, ejerce el control de la persona jurídica. c) Es porcuente de quien se realiza una transacción, es sobre quien recae los efectos económicos.
- PEP's :** Persona expuesta públicamente de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1674 DE 2016, representantes legales de las organizaciones internacionales y personas que gozan de reconocimiento público.
- Controlante - Art 260 C.C.:** Poder dominante sobre las políticas económicas y administrativas de la compañía.

Firma: _____ N° Documento de Identidad: _____ Huella 

13. ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO POPULAR Y/O LA FIDUCIARIA POPULAR S.A.

Nombre de quien realizó la entrevista o venta al cliente		Cargo de quien realizó la entrevista o venta al cliente:		Lugar y Dirección de la entrevista o venta	
Documento de Identidad/Código Vendedor Externo:					
Opinión de la entrevista:		Satisfactorio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de entrevista:
		DD	MM	AAAA	Hora de la entrevista:
El asesor CERTIFICA Y DECLARA BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO: 1. Que la totalidad de la información plasmada en el presente documento, relacionada con el estado de salud del Consumidor Financiero, fue suministrada por este último. 2. Que dio a conocer al Consumidor Financiero las consecuencias jurídicas y económicas por dar información falsa o inexacta sobre su estado de salud.					
Nombre de quien realiza los controles reglamentados en la Oficina:		Fecha de Controles:		Nombre de quien realiza los controles reglamentados en Centro Operativo:	
Nombre, Cargo y Firma de quien autoriza (vinculación o reserva o apertura):		Oficina Radicadora (Aplica para fuerza de ventas externas):			
Campo exclusivo Fiduciaria		Encargo Fiduciario N.		Contrato N.	
Nombre, cargo y firma de quien autoriza (Apertura) Fiduciaria					
Nombre, Cédula y Firma de quien diligencia la información en CRM					