

FECHA DE LA SOLICITUD _____

RADICADO N°: _____

INFORMACION BASICA

NOMBRE COMPLETO _____

PRIMER APELLIDO _____

SEGUNDO APELLIDO _____

TIPO DOCUMENTO _____

N° DE DOC. _____

LUGAR DE EXPEDICIÓN _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

CORREO ELECTRONICO _____

ESTADO CIVIL _____

PERSONAS A CARGO _____

SEXO F M

DATOS DEL CONYUGUE

NOMBRE _____

TIPO DOC. _____

N° _____

ACTUALMENTE TRABAJA

N° CELULAR _____

UBICACIÓN

DIRECCION _____

BARRIO _____

CIUDAD _____

DEPARTAMENTO _____

PAIS _____

TIPO DE VIVIENDA _____

TELEFONO FIJO _____

TELEFONO CELULAR _____

ENVIO DE CORRESPONDENCIA: _____

INFORMACIÓN LABORAL

OCUPACIÓN _____

EMPRESA _____

SALARIO _____

SALARIO DEVENG. _____

CONTRATO _____

NIT _____

FECHA DE INGRESO _____

AUX. TRANSP. _____

DEDUCCIONES _____

PLAZO (Meses) _____

CARGO _____

VARIABLE _____

SALARIO NETO _____

REFERENCIAS

FAMILIAR NOMBRE COMPLETO _____

PARENTESCO _____

N° CELULAR _____

PERSONAL NOMBRE COMPLETO _____

N° CELULAR _____

INFORMACION ACTIVOS

DETALLE BIEN _____

VALOR COMERCIAL _____

INFORMACION FINANCIERA

SALARIO NETO \$ _____

\$ _____

Gastos Hogar (Alim. Educac. Transp. Arriendo, Cuotas, Otros) \$ _____

\$ _____

Otros Ingresos (Arriendos, Otros) \$ _____

\$ _____

TOTAL ACTIVOS _____

CANTIDAD DE PRODUCTOS CON ENTIDADES FINANCIERAS SEGÚN EL TIPO

TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ _____

\$ _____

TOTAL PASIVOS _____

(Deudas Bancos, Otras Deudas)

TARJETA CREDITO

CREDITO

*Descripción otros ingresos (Soportados) _____

PRODUCTO SOLICITADO

CREDITO LIBRANZA

DESTINO CREDITO _____

MONTO \$ _____

PLAZO Meses

AUTORIZACION DE DESEMBOLSO

AUTORIZO A POTENZA INVERSIONES SAS PARA QUE EL DINERO DEL PRESTAMO QUE SOLICITO, DE SER APROBADO SEA DESEMBOLSADO EN LA SIGUIENTE CUENTA BANCARIA, LA CUAL REGISTRA A MI NOMBRE

ENTIDAD FINANCIERA _____

CUENTA N° _____

TIPO DE CUENTA AHORROS CORRIENTE

OBSERVACIONES GENERALES DEL CREDITO SOLICITADO

¿Recoge o Reunifica Crédito? SI NO

VALOR _____

Observación _____

POLIZA DE SEGURO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: POTENZA INVERSIONES SAS

NIT: 900.618.586-2

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD - Me comprometo a adquirir con las compañías de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia, pólizas de seguros de vida grupo deudores, que amparen los créditos que Potenza Inversiones SAS me otorgue, de acuerdo a las condiciones vigentes de la póliza contratada. Autorizo irrevocablemente a Potenza para cargar el valor de la prima de seguro, correspondiente al crédito de forma mensual dentro del pago mínimo facturado y/o la cuota mensual del crédito. Para efectos de la inclusión en el Seguro de Vida Grupo Deudores cuyo beneficiario oneroso es Potenza Inversiones SAS, declaro que mi estado de salud es normal, que no padezco, ni he padecido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrames cerebrales, cáncer, leucemia, trastornos inmunológicos, enfermedades del sistema respiratorio o padecimientos relacionados con SIDA; que en la actualidad no tengo pérdidas funcionales anatómicas ni he padecido accidentes que me impidan desempeñar labores propias de mi profesión; que mi ocupación esta permitida por la ley, que no me dedico a actividades ilícitas y no ejerzo actividades de alto riesgo. Me someto al artículo 1158 del Código de Comercio. La Compañía de Seguros, se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso que antes o después del fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde al verdadero estado de salud u ocupación en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio). En cumplimiento de las previsiones de la Ley 23 de 1981, de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás Normatividad sobre la materia, autorizo de manera particular aún después de mi fallecimiento a cualquier institución hospitalaria, médico, empleado de hospital o cualquier persona, que me haya atendido, para que suministre la Compañía de Seguros, copia de la historia clínica o toda la información que ella considera necesaria, para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación o cualquiera de los amparos del mismo. Así mismo faculto expresamente a la Compañía de Seguros, para consultar las bases de datos de seguros de personas reativas a riesgo e indemnizaciones, al cumplimiento de obligaciones crediticias, reclamaciones objeciones y las demás que permitan un conocimiento adecuado. Nota: Declaro que he leído y recibido las condiciones particulares del Seguro y acepto las condiciones de los demás seguros.

PAGO DEUDA

Actuando en nombre propio, manifiesto que he sido informado por POTENZA INVERSIONES S.A.S que en el caso de haber terminación del vínculo laboral, la empresa empleadora podrá descontar de mis sueldos, salarios, indemnizaciones, bonificaciones, prestaciones sociales (Incluye solo las cesantías que se generen en el momento de una liquidación del contrato y que no hayan sido giradas al fondo de cesantías), o de cualquier otra suma de la cual yo sea acreedor respecto de la Empresa, y destinarlo al pago de las obligaciones obtenidas con POTENZA por CONCEPTO DE CRÉDITO. De acuerdo a lo anterior me comprometo a firmar y autorizar dicho descuento.

AUTORIZO PAGO DEUDA

SI NO

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Manifiesto que he sido informado por POTENZA INVERSIONES S.A.S en lo sucesivo POTENZA, de lo siguiente:

1. Que POTENZA actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y de quienes estoy refiriendo como datos de referencia personal y familiar, quedando autorizado para mantener y manejar toda mi información y de mis referidos, especialmente para dar tratamiento, recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar, compartir y disponer de los datos que le han sido suministrados, con la finalidad de permitir el desarrollo del crédito de libranza que he solicitado, así como la gestión de trámites como solicitudes, servicios, peticiones, quejas, reclamos, a través de medios como:

Correo electrónico Llamada telefónica SMS MMS Whatsapp Redes sociales Aplicaciones móviles

para la oferta de servicios en los términos de la Política de tratamiento de datos personales de Potenza Inversiones S.A.S, la cual podré consultar en la página web de la compañía.

2. Que mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, y especialmente tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, 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 SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de mis datos en los casos en que sea procedente y acceder de forma gratuita a los mismos.

3. Que para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, pueden contactarme al correo electrónico.

4. Que POTENZA garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y de quienes estoy refiriendo, dispone de los siguientes medios de atención: Sede administrativa ubicada en la Calle 34 A # 34-29 - Villavicencio/Meta, teléfono 6819060, www.potenzainversiones.com y protecciondedatospotenza@grupodellano.com.

5. Que la información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales y los datos personales de mis referencias personales y familiares la he suministrado de forma voluntaria y es verídica y con la firma de esta autorización entiendo y acepto el registro y uso de mis datos personales como se estipula anteriormente.

AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES

SI NO

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

Actuando en propio nombre, doy mi consentimiento expreso e irrevocable a POTENZA INVERSIONES S.A.S., en lo sucesivo POTENZA, a quien represente sus derechos, o a sus sucesores a cualquier título, para:

1. Reportar, procesar, solicitar y divulgar a EXPERIAN COLOMBIA S.A. en lo sucesivo DATACREDITO EXPERIAN, o a cualquier operador de bases de datos, información financiera, crediticia, comercial, laboral o de servicios en Colombia, o en terceros países, toda la información referente a mi (nuestro) comportamiento como cliente(s) de POTENZA, de conformidad con los reglamentos a los cuales se sujeten las entidades mencionadas y la normatividad vigente sobre manejo de datos.

2. Consultar ante cualquier operador de base de datos e información financiera, crediticia, comercial de servicios en Colombia, o en terceros países, mi (nuestro) endeudamiento directo o indirecto con las entidades financieras, así como la información disponible sobre el cumplimiento o manejo dado a mis (nuestros) compromisos y obligaciones con dicho sector.

3. Conservar y actualizar durante el periodo necesario señalado en las disposiciones legales, o en sus reglamentos, directamente, o a través de quien represente sus derechos o de sus sucesores a cualquier título, las bases de datos e información financiera, crediticia, comercial, de servicios a que se refieren los numerales (1) y (2) anteriores.

4. Suministrar a DATACRÉDITO EXPERIAN, o a cualquier operador de bases de datos e información a que se refieren los numerales (1) y (2) anteriores, información relativa a mis (nuestras) solicitud(es) de crédito así como de datos afines a mis (nuestras) relaciones comerciales, financieras, y en general socioeconómicas que haya(mos) entregado o que consten en registros públicos, bases de datos públicas o documentos públicos.

5. Suministrar toda la información consultada y almacenada a DATACRÉDITO EXPERIAN, o a las matrices, filiales o subordinadas de la matriz y demás entidades tal Entidad, así como a terceros para fines comerciales.

6. Enviar ó divulgar información financiera y comercial por diferentes medios de comunicación como WHATSAPP, correo electrónico y SMS.

Declaro conocer y acepto que los reportes negativos que DATACRÉDITO EXPERIAN realice a cualquier operador de bases de datos e información financiera, crediticia, comercial, laboral o de servicios, pueden generar consecuencias negativas en mi acceso al crédito y demás servicios financieros, y que se me ha advertido e ilustrado sobre el derecho que me asiste de solicitar rectificación y actualización de la información cuando esta no corresponda con la realidad crediticia, sin que tal derecho implique revocatoria alguna de las autorizaciones que se confieren a POTENZA, o a DATACRÉDITO EXPERIAN.

AUTORIZO CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

SI NO

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA EL DEUDOR

Formato Diligenciado

Fotocopia C.C.al 150%

Certificación Laboral

Ultimos 3 Desprendibles de Pago

Recibo Emsa

CERTIFICO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO ES VERAZ Y CONFIABLE, ME COMPROMETO A ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACION Y DOCUMENTOS SUMINISTRADOS, Y QUE HABIENDO LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____

DEL AÑO _____ EN LA CIUDAD DE _____ .

FIRMA SOLICITANTE

NOMBRE _____

C.C _____ de _____

FIRMA AVALISTA

NOMBRE _____

C.C _____ de _____