

Solicitante Deudor Solidario
 Codeudor Tercero Garantizado
 Representante Legal Tutor Apoderado

Oficina _____

Código Asesor _____

No. Radicación de Crédito _____

Fecha de Diligenciamiento
 DD | MM | AAAA

ESPACIO PARA
CÓDIGO DE BARRAS

Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	CDT <input type="checkbox"/>	Giros <input type="checkbox"/>	Otro Cuál: _____	Libre Inversión <input type="checkbox"/>	Monto a Solicitar: \$ _____	Plazo: _____ Día de Pago: _____
RendíPropósitos <input type="checkbox"/>	Tarjeta Amparada <input type="checkbox"/>	Libranza <input type="checkbox"/>	Vehículos <input type="checkbox"/>		Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/>	Ciclo 1: Corte Fin de Mes <input type="checkbox"/>	Ciclo 2: Corte Mitad de Mes <input type="checkbox"/>
Aumento Cupo T.C. <input type="checkbox"/>	Inverprimas <input type="checkbox"/>	Sobregiros <input type="checkbox"/>	Banca Seguros <input type="checkbox"/>				

DATOS PERSONALES

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No. de Identificación		Fecha de Expedición		Ciudad de Expedición	
Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/>				DD MM AAAA		Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Fecha de Nacimiento		Ciudad o Municipio		Departamento		Nacionalidad	
DD MM AAAA							
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Nivel de Estudios: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/>		Profesional o Con Estudios Superiores en:		Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/>	
Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>				Arrendada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>	
Dirección Residencial				Barrio, Vereda o Localidad		Ciudad o Municipio	
Departamento		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Dirección Correo Electrónico:	
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>		Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		No. de Identificación		Teléfono Celular	
						Empresa donde Labora	
						Teléfono donde Labora	

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Ocupación u Oficio: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Nombre de la Empresa / Establecimiento de Comercio / Entidad de la que es pensionado					
Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>							
Tipo de Empresa: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		Tipo de Contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Obra Labor <input type="checkbox"/> Provisional <input type="checkbox"/>		Fijo <input type="checkbox"/> Libre Nombramiento o Remoción <input type="checkbox"/>		Tipo de Vinculación: Directa <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/>	
Número de Renovaciones (Contratos a término fijo)		Cargo Actual:				Antigüedad en meses en el empleo anterior (solo para indefinidos y fijo): _____	
						Fecha de Vinculación DD MM AAAA	
						Fecha Finalización del Contrato DD MM AAAA	
Tipo de Actividad como Independiente		Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Transportador <input type="checkbox"/> Persona Natural con Establecimiento de Comercio <input type="checkbox"/> Rentistas <input type="checkbox"/>		Tiempo en la actividad (en meses) _____		Actividad Económica	
CIU		Tipo de Régimen IVA: Régimen Común <input type="checkbox"/> Régimen Simplificado <input type="checkbox"/>		El (los) establecimiento(s) de comercio del (los) que es propietario tiene(n) otros propietarios? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Número de Establecimientos de Comercio que Posee: _____	
Dirección Laboral				Barrio, Vereda o Localidad		Ciudad o Municipio	
Departamento		Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Dirección Correo Electrónico:	

Desea que su correspondencia, estado de cuenta y reporte anual de costos le sean enviados a (marcar una sola opción): Correo Electrónico Personal Correo Electrónico Laboral Dirección Residencial Dirección Laboral

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario Básico / Pensión \$	Comisiones/H. Extras \$	Valor de Arriendo \$	Gastos Otras Actividades \$
Honorarios \$	Ingresos por Arriendo \$	Gastos Familiares \$	
Ingresos Otras Actividades \$	TOTAL INGRESOS \$	TOTAL EGRESOS \$	
Detalle Ingresos Otras Actividades:			
Total Activos \$	Total Pasivos \$	Total Patrimonio \$	

ACTIVOS

Vehículo	Marca	Modelo
Bienes Raíces	Tipo de Propiedad: Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Finca <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cuál _____	

REFERENCIAS

FAMILIAR	Nombres			Primer Apellido		Segundo Apellido	
	Teléfono Laboral		Ext.	Teléfono Fijo		Ciudad	
PERSONAL	Nombres			Primer Apellido		Segundo Apellido	
	Teléfono Laboral		Ext.	Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
COMERCIAL	Nombres			Primer Apellido		Segundo Apellido	
	Nombre de la Empresa						
	Teléfono Laboral		Ext.	Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
	Nombres			Primer Apellido		Segundo Apellido	
	Nombre de la Empresa						
Teléfono Laboral		Ext.	Teléfono Fijo		Teléfono Celular		

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Goza usted de reconocimiento público?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ejerce o ha ejercido usted un cargo de primer o segundo nivel en una entidad del estado?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Posee familiares en el Banco Pichincha?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Indique el nombre del funcionario:
¿Contrata con el estado?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Es usted representante legal de alguna Organización Internacional?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene familiar de primer y segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil de una persona expuesta públicamente?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Administra recursos públicos?
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA (M/E)

Realiza Transacciones en M/E:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Operaciones superiores a 10 MIL USD:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Monto _____	Tipo de Transacciones:	Préstamos en M/E <input type="checkbox"/>	Exportaciones <input type="checkbox"/>	Giros <input type="checkbox"/>	Importaciones <input type="checkbox"/>	Ordenes de Pago <input type="checkbox"/>	Inversiones <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	Cuáles _____	Posee Productos en Moneda Extranjera:	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de Producto		Identificación No. de Producto			Entidad		Monto		Realiza Operaciones con Criptoactivos:		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Ciudad		País			Tipo de Moneda									

OTROS DATOS

¿Nacionalidad Distinta a la Colombiana?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Posee una Dirección o Teléfono de Residencia en una Jurisdicción Diferente a Colombia?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene Obligaciones Fiscales en Países Diferentes a Colombia?	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---	---

Nota: En caso de responder SI a cualquiera de estas preguntas, favor diligenciar el formato "FATCA/CRS PERSONA NATURAL CU-RLA-FM-018"

SOLICITUD TARJETA DE CRÉDITO AMPARADA

No. Radicación Crédito

Primer Nombre Amparado	Segundo Nombre Amparado	Primer Apellido Amparado	Segundo Apellido Amparado
Tipo de Identificación:		No. de Identificación	
Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/>		Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/>	
Pasaporte <input type="checkbox"/>		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	
Dirección Correspondencia		Teléfono Fijo	
		Teléfono Celular	
Ciudad o Municipio		Parentesco	
No. de la Tarjeta Principal		Cupo Sugerido \$	
		Firma Amparado _____	
Dirección Correo Electrónico Amparado:			

SOLICITUD AUMENTO CUPO TARJETA DE CRÉDITO

No. Radicación Crédito

No. de la Tarjeta Principal	Cupo Actual \$	Cupo Solicitado \$
-----------------------------	----------------	--------------------

SOLICITUD PRODUCTO LIBRANZA

No. Radicación Crédito

Monto a Solicitar: \$	Plazo: _____
Empresa Afiliada	NIT.

SOLICITUD PRODUCTO VEHÍCULO

No. Radicación Crédito

Vehículos <input type="checkbox"/>	Monto a Solicitar: \$	Plazo: _____
Tipo Vehículo:		Valor Comercial \$
Particular <input type="checkbox"/>		Taxi <input type="checkbox"/>
Pasajeros <input type="checkbox"/>		Carga <input type="checkbox"/>
Uso Vehículo:		
Personal <input type="checkbox"/>		Escolar <input type="checkbox"/>
Intermunicipal <input type="checkbox"/>		Alquiler <input type="checkbox"/>
Carga <input type="checkbox"/>		Turístico <input type="checkbox"/>
Urbano <input type="checkbox"/>		
Marca		Año - Modelo
		Línea de Vehículo
Nombre de Concesionario		Nombre del Vendedor
		No. de Identificación del Vendedor

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito a término y certificados a depósitos de ahorro a término, negocios fiduciarios, carteras colectivas, inversiones, operaciones de crédito, leasing y arrendamiento, etc., realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y/o recursos. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier otra norma concordante o que lo adicione y que los mismos provienen de: _____

AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO

Autorizo que el dinero producto del préstamo solicitado, si es aprobado, sea consignado en la siguiente cuenta:
FAVOR COLOCAR EL NÚMERO EXACTO DE SU CUENTA PERSONAL.

Cuenta Corriente No. Cuenta _____
 Cuenta de Ahorros _____

Entidad: _____

BANCO PICHINCHA, NO HACE TRANSFERENCIA A LA CUENTA DE UN TERCERO.

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo irrevocablemente a BANCO PICHINCHA a debitar mensualmente de mis cuentas en la fecha límite de pago el valor de la(s) cuota(s) de mi(s) producto(s).

SI NO

FAVOR COLOCAR EL NÚMERO EXACTO DE SU CUENTA EN BANCO PICHINCHA.

Cuenta Corriente No. Cuenta _____
 Cuenta de Ahorros _____

PARA USO EXCLUSIVO DE BANCO PICHINCHA

En cumplimiento de lo ordenado en las disposiciones emitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia, se deja expresa constancia que el Cliente ha sido entrevistado por: _____ a las: _____ del día: _____ del mes de _____ del año 20____ en la ciudad de _____.

Resultado de la entrevista

Observaciones de la entrevista

ACEPTADO Realizó visita SI NO

RECHAZADO

 Nombre del Funcionario que Vincula

 Firma del Funcionario que Vincula

Sticker

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD. Declaro que he sido debidamente informado por el **BANCO PICHINCHA S.A.** sobre las medidas de seguridad dispuestas a las cuales tengo acceso a través de la información publicada y divulgada en los canales de prestación y distribución de servicios financieros.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO El cliente conoce y autoriza que, en caso de tener productos relacionados con operaciones activas, faculta de manera voluntaria, expresa e irrevocable al **BANCO PICHINCHA S.A.** para debitar de las cuentas de depósito abiertas de su titularidad el saldo vencido y pendiente de pago de cualquiera de las obligaciones a su cargo por concepto de los productos en los que ostente la calidad de deudor. A su vez, en el evento de que el(los) Cliente(s) sea(n) titular(es) de varias cuentas de ahorro y/o corrientes en el **BANCO PICHINCHA S.A.**, los pagos a que haya lugar se debitarán de la cuenta que registre un mayor saldo a la fecha de realización del débito. En el evento que el(los) Cliente(s) sea(n) titular(es) de depósitos a término, los pagos a que haya lugar se debitarán en la fecha de vencimiento del respectivo título valor, previo a cualquier prórroga del plazo del (de los) mismo(s).

ACEPTACIÓN CONDICIONES DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS FINANCIEROS. Declaro con mi firma impuesta en este documento que:

- Que he leído y que entiendo y acepto todos y cada uno de los términos y condiciones bajo los cuales el **BANCO PICHINCHA S.A.** presta los productos y servicios ofrecidos. Así mismo, declaro que he sido debidamente informado por parte del Banco que cualquier inquietud o información adicional que requiera en relación con los productos y/o servicios contratados será debidamente atendida a través de las Líneas de Call Center y/o Servicio al Cliente de dicha Entidad. De igual manera, declaro que he recibido del **BANCO PICHINCHA S.A.** la información relativa a: a) Los riesgos derivados del uso de los diferentes canales e instrumentos para la realización de operaciones y/o transacciones; b) Las medidas de seguridad a tener en cuenta para la realización de operaciones y/o transacciones; y, e) Los procedimientos de bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de los diferentes productos y servicios que ofrece el Banco, información que podré consultar permanentemente y en cualquier momento en el sitio web www.bancopichincha.com.co.
- He sido informado sobre los procedimientos para la activación, reactivación y cancelación del (de los) producto (s) y servicio (s) ofrecidos por el Banco.
- Por medio de la firma del presente documento autorizo a que una vez pagadas y canceladas las obligaciones a mi nombre, **BANCO PICHINCHA S.A.** ponga a mi disposición los respectivos pagarés en la oficina principal o en la más cercana a mi domicilio para mi posterior retiro, previo aviso al Banco con una antelación mínima de 15 días.
- Autorizo para que en el evento de negarse la solicitud de vinculación al Banco y/o el otorgamiento de uno o varios de los productos la Entidad destruya los documentos que se aportan como soporte de la respectiva solicitud, incluyendo el pagaré en blanco y la carta de instrucciones si hubiere lugar dejando constancia expresa de su destrucción.
- Autorizo de manera libre, voluntaria y expresa al **BANCO PICHINCHA S.A.** para que recaude por cuenta de la persona o entidad que otorgue la garantía o aval y/o la persona o entidad que ésta autorice, el(los) costo(s) correspondiente(s) a la(s) comisión(es) por este servicio y transfiera directamente el(los) valor(es) del (los) mismo(s) al Avalador, Feador y/o Garante. Lo anterior se asemeja para todos los efectos a un mandato sin representación. Manifiesto que conozco las condiciones de la garantía que otorga FGA Fondo de Garantías S.A. (FGA), Garantías Comunitarias Grupo S.A. / GCG, Fondo Nacional de Garantías 8.A.- FNG, Fenalco y/o cualquier otra persona o entidad de características similares. **ACEPTACIÓN DE CONTRATOS Y REGLAMENTOS.** Declaro que conozco y acepto en su integridad el(los) reglamentos y contrato(s) que involucran la apertura del(los) producto (s) solicitado (s), y confirmo que he sido informado de la facultad con que cuento de solicitar una copia del (los) mismo (s), así como de la posibilidad de consultar en cualquier momento dicho(s) reglamento(s) y contrato(s) a través del sitio web www.pichincha.com.co

DECLARACIÓN DE TITULARIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN. Declaro que toda mi información aportada, es cierta veraz y corroborable, por lo que autorizo su verificación y me comprometo actualizar esta información, cada vez que así lo requiera el **BANCO PICHINCHA S.A.** o sus aliados, allegando los soportes requeridos. Así mismo, autorizo al **BANCO PICHINCHA S.A.** o sus aliados para terminar cualquier vínculo o relación, que surja en la adquisición de los productos que adquiera de estos; si no cumpla con este compromiso o cuando la información suministrada sea errónea, falsa o inexacta. Igualmente me obligo a informar a el **BANCO PICHINCHA S.A.** o sus aliados, cualquier cambio en la información relacionada con: (i) los datos de contacto, (ii) el lugar de residencia, y (iii) el lugar de domicilio, a través del formato o los canales definidos por estos últimos dentro de los 10 días siguientes a la fecha en que se produzca el cambio.

TARIFAS. Declaro que he sido debidamente informado por el **BANCO PICHINCHA S.A.**, que las tarifas de los productos y/o servicios ofrecidos por esa Entidad Financiera podrán consultarse en todo momento en el sitio web www.bancopichincha.com.co.

AUTORIZACIÓN PARA EL REPORTE Y CONSULTA DE INFORMACIÓN ANTE CENTRALES DE INFORMACIÓN FINANCIERA Y OTROS OPERADORES DE INFORMACIÓN O BANCOS DE DATOS (LEY 1266 DE 2008 Y LEY 2157 DE 2021) Autorizo al BANCO PICHINCHA S.A., como Responsable del Tratamiento; sus Encargados del Tratamiento; a quien él les haya transmitido o transferido la información, incluyendo la transferencia a terceros países, aliados, y/o a quien el futuro ostente sus derechos, para que obtenga toda la información relativa a mis datos personales financieros, crediticios, comerciales y de servicios registrados ante cualquier banco de datos, mi comportamiento crediticio y comercial, el cumplimiento de mis obligaciones, en el sector financiero y real, datos financieros e información relacionada con mi situación laboral e ingresos salariales ante operadores de información crediticia, de seguridad social, administradoras de fondos y cesantías, centrales de riesgo, notarias, Registraduría Nacional del Estado Civil, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, DIAN, Oficinas de Registro, cajas de compensación, proveedores tecnológicos de Nómina y Facturación electrónica, Administradoras de Fondos de Pensiones y de Cesantías y Operadores de Información a través de las cuales se liquidan cesantías, aportes de seguridad social y parafiscales, tales como Aportes en Línea, SOI, SIMPLE, PILA, entre otras; así mismo para que soliciten o verifiquen información sobre mis activos, bienes o derechos en entidades públicas o privadas, o información que se encuentre en buscadores públicos, listas vinculantes para Colombia, redes sociales o publicaciones físicas o electrónicas, bien fuere en Colombia o en el exterior. El resultado del análisis para acceder al producto me será informado a través de alguno de los medios de contacto que he suministrado. De igual manera, autorizo, para que, con fines estadísticos, de control, supervisión y de información, reporte a las Centrales de Información, mis datos de contacto, el desarrollo, novedades, extinción y cumplimiento de las obligaciones contraídas o que llegue a contraer con el BANCO PICHINCHA S.A. y/o a quien el futuro ostente sus derechos. Estas autorizaciones de reporte y consulta de información tendrán las mismas finalidades legítimas estipuladas para el tratamiento de información personal cuya autorización y detalle se señala a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PERSONAL (LEY 1581 DE 2012). Sin perjuicio del derecho que me asiste a escoger los canales de contacto y habiendo sido debidamente informado sobre los medios de comunicación que serán utilizados por el Banco para el ejercicio de la relación contractual y comercial, autorizo de manera libre, voluntaria, expresa e informada al BANCO PICHINCHA S.A. en calidad de Responsable del Tratamiento; a sus Encargados del Tratamiento o a quien el Banco les haya transmitido o transferido la información, incluyendo la transferencia a terceros países, y/o a quien en el futuro ostente sus derechos, a ser contactado utilizando la información suministrada en el presente Formulario para las finalidades previstas en este documento, a través de los siguientes canales: i) línea telefónica; ii) correo electrónico; iii) Servicio de Mensajes Cortos (SMS); iv) dirección de residencia, v) aplicaciones de mensajería instantánea o formal; vi) visitas al lugar de domicilio o lugar de trabajo, y/o vii) redes sociales. Declaro conocer y entender que, en caso de que requiera actualizar o modificar mis canales de contacto, puedo realizarlo a través de cualquiera de las oficinas de BANCO PICHINCHA S.A., las cuales puedo consultar en la página web www.bancopichincha.com.co o comunicarme a la Línea de Atención en Bogotá (601) 650 1000 o a Nivel Nacional al: 01 8000 919918.

Autorizo al BANCO PICHINCHA S.A., en calidad de Responsable del Tratamiento; a sus Encargados del Tratamiento o a quien él les haya transmitido o transferido la información, aliados y/o a quien el futuro ostente sus derechos, incluyendo la transferencia a terceros países, y/o a quien en el futuro ostente sus derechos, para que lleve a cabo el tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos biométricos. En virtud de dicha autorización de tratamiento, el BANCO PICHINCHA S.A. podrá solicitar, consultar, compartir, recolectar, almacenar, informar, usar, circular, reportar, transferir, transmitir, procesar, divulgar, rectificar, modificar, aclarar, retirar, suprimir y/o actualizar mis datos e información personal, la cual, es suministrada por mí a través de todos los canales de contacto con el Banco, así como la página web www.bancopichincha.com.co. Así mismo, autorizo a BANCO PICHINCHA S.A., en calidad de Responsable del Tratamiento; a sus Encargados del Tratamiento o a quien él les haya transmitido o transferido la información, aliados, incluyendo la transferencia a terceros países, y/o a quien el futuro ostente sus derechos, para que de forma directa o a través de una entidad certificada como operador biométrico, realice la validación de mi identidad y mis características físicas (huellas dactilares y/o rostro). Declaro que conozco y entiendo que no estoy obligado a suministrar y/o autorizar el tratamiento de datos personales sensibles; no obstante, autorizo al BANCO PICHINCHA S.A. el tratamiento de estos datos, de conformidad con lo establecido en el Artículo 5 y 6 de la Ley 1581 de 2012 y el Artículo 6 del Decreto 1377 de 2013, incluyendo de forma expresa mis datos biométricos y los datos asociados al origen racial o étnico, exclusivamente para las finalidades previstas en el presente documento; así mismo, conozco que la información biométrica consultada en las bases de datos respectivas no podrá ser almacenada, ni usada por el BANCO PICHINCHA S.A., sus Encargados del Tratamiento o a quien él les haya transmitido o transferido la información, aliados, incluyendo la transferencia a terceros países y/o a quien el futuro ostente sus derechos, para complementar otras bases de datos, ni para fines distintos a los expresados en la presente autorización y en la Ley. Mis datos e información personal, debidamente autorizados a través del presente formulario, podrán ser sujetos de tratamiento por el BANCO PICHINCHA S.A., sus Encargados del Tratamiento o a quien él les haya transmitido o transferido la información, aliados, incluyendo la transferencia a terceros países y/o a quien el futuro ostente sus derechos, en consecuencia, acepto ser contactado(a) mediante: i) línea telefónica; ii) correo electrónico; iii) Servicio de Mensajes Cortos (SMS); iv) dirección de residencia, v) aplicaciones de mensajería instantánea o formal; vi) visitas al lugar de domicilio o lugar de trabajo, y/o vii) redes sociales. El tratamiento por la presente autorización permitido al BANCO PICHINCHA S.A., sus Encargados del Tratamiento o a quien él les haya transmitido o transferido la información, aliados, incluyendo la transferencia a terceros países y/o a quien el futuro ostente sus derechos podrá tener por objeto las finalidades legítimas de: i) cumplir las obligaciones contractuales y reglamentarias, prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo, así como para la prestación de los servicios contratados; ii) atender y dar solución a las solicitudes, peticiones, quejas o reclamos formulados al Banco; iii) crear y actualizar los perfiles transaccionales; iv) realizar gestiones de cobranza; v) informar sobre los cambios realizados a los productos y servicios del portafolio del Banco; vi) analizar las tendencias y comportamientos de consumo de los consumidores financieros; vii) para mi vinculación como cliente y/o prospecto, aprobación de operaciones de crédito, apertura y/o uso de los servicios y/o productos ofrecidos por el BANCO PICHINCHA S.A.; viii) recibir información sobre campañas, estrategias promocionales, ofertas comerciales y publicidad de productos del Banco y de aliados de éste, sean éstas presentes o futuras; ix) recibir cualquier tipo de información y/o comunicación que el Banco estime necesario y general, para que se adelanten todos los procesos de relacionamiento (soportados o no en tecnología), para un abordaje y conocimiento integral del cliente de todos mis productos y soluciones contratadas con el BANCO PICHINCHA S.A., entre otros permitidos por la Ley. Conozco y entiendo que como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar mis datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento de la información, informarme sobre el uso que se ha dado a los mismos, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. Conozco que, para ejercer los derechos sobre mis datos personales podré comunicarme a la Línea de Atención en Bogotá: (601) 650 1000 o a Nivel Nacional al: 01 8000 919918. Para conocer la Política de Protección de Datos Personales y Política de Cobranza, podré ingresar a www.bancopichincha.com.co.

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR DATOS PERSONALES CON ENTIDADES PERTENECIENTES AL GRUPO ECONÓMICO: Autorizo al BANCO PICHINCHA S.A. y/o a cualquier otra Entidad o Unidad de Negocio interna que represente sus derechos, a compartir mi información personal, financiera, crediticia y comercial como Cliente del Banco con cualquiera otra persona o Entidad Vinculada al Grupo Económico al que pertenece y/o llegue a pertenecer el BANCO PICHINCHA S.A. o la Entidad que represente sus derechos, para realizar el mismo tratamiento y con las mismas finalidades mencionadas en el numeral anterior.

Declaro haber leído el contenido de este documento, así como comprenderlo en su alcance e implicación, aceptando los Términos y Condiciones. El documento y mi aceptación tendrán validez marcando la casilla de aceptación en el formulario de solicitud del BANCO PICHINCHA S.A. y/o de quien en el futuro represente u ostente sus derechos, así como, sus obligaciones.

Las definiciones contenidas en la presente autorización que se encuentren en mayúscula tendrán el significado que así se haya determinado en la Política de Protección de Datos Personales del BANCO PICHINCHA S.A. la cual podrá ser consultada en la página web www.bancopichincha.com.co.

En señal de conformidad y aceptación de todas y de cada una de las declaraciones antes realizadas y contenidas en el cuerpo de este documento, suscribo el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

FIRMA TITULAR / CLIENTE
No. Identificación del Cliente:

HUELLA DACTILAR